

Medicina familiar y comunitaria



14.ª Ed. Manual CTO
de Medicina y Cirugía

NOTA

La medicina es una ciencia sometida a un cambio constante. A medida que la investigación y la experiencia clínica amplían nuestros conocimientos, son necesarios cambios en los tratamientos y la farmacoterapia. Los editores de esta obra han contrastado sus resultados con fuentes consideradas de confianza, en un esfuerzo por proporcionar información completa y general, de acuerdo con los criterios aceptados en el momento de la publicación. Sin embargo, debido a la posibilidad de que existan errores humanos o se produzcan cambios en las ciencias médicas, ni los editores ni cualquier otra fuente implicada en la preparación o la publicación de esta obra garantizan que la información contenida en la misma sea exacta y completa en todos los aspectos, ni son responsables de los errores u omisiones ni de los resultados derivados del empleo de dicha información. Por ello, se recomienda a los lectores que contrasten dicha información con otras fuentes. Por ejemplo, y en particular, se aconseja revisar el prospecto informativo que acompaña a cada medicamento que deseen administrar, para asegurarse de que no se han producido modificaciones en la dosis recomendada o en las contraindicaciones para la administración. Esta recomendación resulta fundamental para la prescripción de fármacos nuevos o de uso poco frecuente. También deben consultar al laboratorio para conocer los valores normales.

Las normas ortográficas seguidas en esta obra son las establecidas por la Real Academia Española en la *Ortografía de la lengua española*, publicada en 2010.

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, su tratamiento informático, la transmisión de ningún otro formato o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo de los titulares del copyright.

© CTO EDITORIAL, S. L. 2024

c/ Albarracín, 34; 28037 Madrid
Teléf.: (0034) 91 782 43 30 - Fax: (0034) 91 782 43 43
E-mail: soporte.multimedia@grupocto.com
Página web: www.grupocto.com

ISBN obra completa: 978-84-19784-60-5
ISBN de Medicina Familiar y Comunitaria: 978-84-19784-81-0

Medicina familiar y comunitaria



Coordinadora

Paula Mendivil López

Autores

Paula Mendivil López

Natalia Tarodo Mateu

Director de la obra

Fernando de Teresa Galván

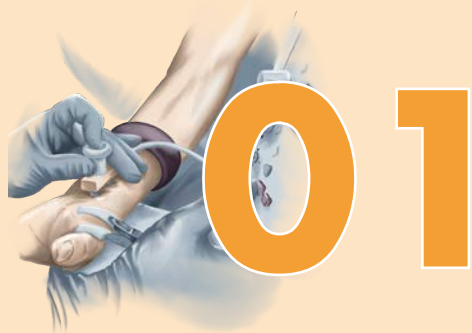


Índice

01. Demografía sanitaria.....	1	08. Atención al embarazo en Atención Primaria.....	37
1.1. Fuentes de información.....	2	8.1. Control prenatal del embarazo.....	38
1.2. Indicadores de salud.....	2	8.2. Cribado serológico durante el embarazo.....	38
1.3. Indicadores demográficos.....	3	8.3. Cribado de los defectos congénitos.....	39
02. Gestión en Atención Primaria.....	5	8.4. Exploración ecográfica durante el embarazo.....	39
2.1. Gestión por procesos en Atención Primaria.....	6	8.5. Cribado de la diabetes gestacional.....	39
2.2. Sistemas de información en Atención Primaria.....	6	8.6. Cribado poblacional de la isoinmunización. Diagnóstico de la sensibilización.....	39
2.3. Clasificaciones internacionales de problemas de salud: CIE-10.....	7	09. Prevención y tratamiento de las ETS.....	41
03. Actividades preventivas y de promoción de la salud.....	9	9.1. Prevención de las ETS.....	42
3.1. Programa de salud.....	11	9.2. Síndromes clínicos más frecuentes.....	42
3.2. Educación para la salud y participación comunitaria.....	11	9.3. Infección por VIH.....	44
04. Factores de riesgo cardiovascular.....	14	10. Comunicación médico-paciente. Entrevista clínica.....	47
4.1. Estimación del riesgo cardiovascular.....	15	10.1. Comunicación médico-paciente.....	48
4.2. Control específico de los factores de riesgo cardiovascular clásicos.....	15	10.2. Entrevista clínica.....	48
4.3. Síndrome metabólico.....	21	11. El razonamiento clínico, la toma de decisiones y el método clínico centrado en el paciente.....	50
05. Manejo general del paciente con conducta adictiva y tabaquismo.....	23	11.1. El razonamiento clínico.....	51
5.1. Manejo general del paciente con conducta adictiva.....	24	11.2. Toma de decisiones.....	51
5.2. Tabaco.....	24	11.3. El método clínico centrado en el paciente.....	51
06. Vacunación en la población adulta.....	27	12. Uso racional del medicamento, prescripción y sistemas de farmacovigilancia y seguridad.....	53
6.1. Calendario de vacunación.....	28	12.1. Uso racional del medicamento.....	54
07. Cribados y detección precoz del cáncer en Atención Primaria.....	33	12.2. Prescripción farmacéutica y prescripción farmacéutica electrónica.....	54
7.1. Cribados y detección precoz de los cánceres más frecuentes en Atención Primaria.....	34	12.3. Sistemas de farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos.....	55
7.2. Detección precoz del cáncer en la población de edad avanzada en Atención Primaria.....	36	12.4. Notificación.....	55



13.	Continuidad de asistencia y de cuidados. El paciente hiperconsumidor de recursos y estrategia de atención al paciente crónico.....	57
13.1.	Enfermedades crónicas complejas y pluripatología.....	58
13.2.	Estrategia de atención al paciente crónico.....	58
13.3.	El paciente hiperconsumidor de recursos.....	59
14.	Prevención y atención al maltrato.....	61
14.1.	Violencia de género.....	62
14.2.	Maltrato infantil.....	64
14.3.	Maltrato al anciano.....	64
15.	Síndrome de <i>burnout</i>	66
15.1.	Definición.....	67
15.2.	Cuadro clínico.....	67
15.3.	Tratamiento.....	67
15.4.	Prevención.....	67
	Bibliografía.....	68



Demografía sanitaria

Orientación MIR

Tema de introducción sobre aspectos relacionados con la epidemiología y gestión clínica. Se recomienda su lectura para conocer de manera somera conceptos como las fuentes de información demográfica y de datos sanitarios y los indicadores demográficos.

Preguntas MIR

► MIR 20-21, 49

Conceptos clave

- Los indicadores de salud reflejan el estado de salud de las personas que componen una comunidad y se pueden expresar en forma de recuento directo, porcentaje, tasa e índice.
- Las fuentes de información demográfica son el censo, el padrón, el registro civil y las encuestas; las fuentes de información de datos sanitarios son el registro de mortalidad, las encuestas de declaración obligatoria y el conjunto mínimo básico de datos.
- Los indicadores de demografía estática son los índices de edad (estructura de población por edad, índice de envejecimiento y razón de dependencia), índices de composición por sexo e índices de actividad económica.
- Los indicadores de demografía dinámica son los indicadores de natalidad y fecundidad, indicadores de mortalidad e indicadores de crecimiento y dependencia.
- El Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) es un conjunto de variables obtenidas en el momento del alta hospitalaria que consta de 14 elementos: identificación del hospital, del paciente, fecha de nacimiento, sexo, residencia, financiación, fecha de ingreso, motivo de ingreso, diagnóstico principal y secundarios, procedimientos quirúrgicos y obstétricos, otros procedimientos, fecha de alta, circunstancias del alta y médico responsable del alta.



Según la OMS, la **demografía** se define como la ciencia que tiene por objeto el estudio del volumen, la estructura y la evolución de las poblaciones humanas desde un punto de vista principalmente cuantitativo.

La demografía es una herramienta fundamental de las ciencias de la salud cuya principal utilidad es suministrar los denominadores que permiten calcular las medidas de frecuencia relativa, así como servir de soporte para la planificación sanitaria.

Su clasificación permite diferenciar los siguientes tipos:

- **Demografía estática:** es el conocimiento de la estructura, dimensión y distribución geográfica de la población en un momento determinado: cuántos, quiénes, qué son y dónde viven los habitantes de la población considerada.
- **Demografía dinámica:** basada en el estudio de los cambios, de la evolución de la estructura de esas poblaciones y de las razones de dichos cambios.

1.1. Fuentes de información

Existen diferentes fuentes de información: demográfica y de datos sanitarios, tal como vamos a estudiar a continuación.

Fuentes de información demográfica

El Instituto Nacional de Estadística (INE) es la principal Institución que suministra datos demográficos a nivel nacional (www.ine.es). La información la obtiene a partir de diferentes fuentes como son el censo y el padrón. En las comunidades autónomas también existen los correspondientes institutos o departamentos autonómicos de estadística.

- **Censo:** se define como el proceso total de recogida y agrupación de datos económicos, demográficos y sociales relativos a personas que viven en un país. Es un documento universal y de carácter estatal (toda la población) obligatorio, secreto (documento estadístico) e instantáneo (para un momento censal) que realiza el INE. Tiene una periodicidad de 10 años.
- **Padrón:** registro administrativo donde constan los vecinos del municipio. Su formación, mantenimiento, revisión y custodia corresponden a los respectivos ayuntamientos. Se revisa los días 1 de enero de cada año y es aprobado por el INE.
- **Registro Civil:** recoge información sobre cada uno de los partos, muertes fetales tardías (especificando la causa de la muerte), nacimientos, matrimonios y defunciones (edad, sexo, lugar, causa inmediata y básica de la muerte, etc.) ocurridas en cada municipio y depende del Ministerio de Justicia.
- **Encuestas:** realizadas básicamente sobre población representativa para obtener la información necesaria sobre algunos aspectos específicos, como, por ejemplo, las encuestas de población activa.

Fuentes de información de datos sanitarios

Las fuentes de información de datos sanitarios se definen como el mecanismo para la recopilación, proceso, análisis y transmisión de la

información que se precisa para organizar y dirigir los servicios sanitarios, y también para la investigación y formación del personal (OMS, 1973).

- **Registro de mortalidad:** en España, los datos sobre las defunciones y las muertes fetales tardías se recogen en el Registro Civil mediante una serie de documentos, como el Boletín Estadístico de Defunción (BED) y el Boletín Estadístico de Parto (BEP). Según la OMS, es el más adecuado para comparar el nivel de salud entre diferentes países.
- **Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO):** la vigilancia epidemiológica de las enfermedades transmisibles se realiza en nuestro país por medio del Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) que, a partir de la observación continuada de la aparición y distribución de los casos de las enfermedades consideradas, permite el establecimiento de patrones de riesgo y la adopción de medidas de control pertinentes.
- **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD):** es un sistema de información hospitalaria que, a propuesta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) en diciembre de 1987, decide adaptarse a las recomendaciones internacionales en materia de recogida de información asistencial y aprueba dicho CMBD. Es un conjunto de variables obtenidas en el momento del alta hospitalaria que proporcionan datos sobre el paciente, su entorno, la institución que lo atiende y su proceso asistencial.

Consta de 14 elementos: identificación del hospital, identificación del paciente, fecha de nacimiento, sexo, residencia, financiación, fecha de ingreso, motivo de ingreso, diagnóstico principal y diagnósticos secundarios, procedimientos quirúrgicos y obstétricos, otros procedimientos, fecha de alta, circunstancias del alta y médico responsable del alta. El CMBD responde a la necesidad de distintos usuarios: gestión de los servicios sanitarios, planificación, evaluación e investigación clínica y epidemiológica.

1.2. Indicadores de salud

Según la OMS, los indicadores de salud son variables que sirven para **medir los cambios en el ámbito sanitario**. Estos reflejan el estado de salud de las personas que componen una comunidad en un momento determinado.

Las propiedades de un buen indicador de salud son: sencillo, disponible, universal, aceptable, fiable, específico, sensible, válido y fácilmente calculable.

Los indicadores se pueden medir mediante:

- **Recuento directo:** número total de casos.
- **Tasa:** cociente donde el denominador lo constituye el factor tiempo (o un parámetro en que el tiempo intervenga en su cálculo).
- **Porcentaje:** cociente donde el denominador es igual a 100.
- **Índice:** medida estadística diseñada para poner de relieve cambios en una variable o grupo de variables relacionadas con respecto al tiempo, situación geográfica, ingreso o cualquier otra característica.

Un indicador permite el estudio de un determinado fenómeno, así como su evolución y comparación en el tiempo. Todo ello le convierte en una herramienta de gran valor en los procesos de evaluación, seguimiento y predicción de las tendencias de la situación de un país, estado o una región, entre otros, en aquellos procesos relacionados con su economía, sociedad o desarrollo humano. También se utilizan para valorar la consecución de metas y objetivos fijados en cada uno de los ámbitos de acción de los programas de gobierno.



1.3. Indicadores demográficos

Los indicadores demográficos pueden ser estáticos y dinámicos:

■ Indicadores de demografía estática

Sirven para resumir las características de la población. De los elementos demográficos estáticos (censo y padrón) se obtienen básicamente datos sobre edad, sexo y características socioeconómicas de los individuos.

• Índices de edad:

- **Estructura de población por edad:** expresa el peso relativo de cada grupo de edades en relación con el total de la población. Se calcula como el total de población de un grupo de edad dividido entre la población total, multiplicado por 100. Existen diversos indicadores de población por edad, como:
 - › **Índice de Friz:** divide a los sujetos entre 0-20 y 30-50 años (proporción de población entre 0-20 años en relación con la de 30-50 años tomando como base 100 $(P_{0-20}/P_{30-50}) \times 100$).
 - › **Índice de Sundbärg:** divide a los individuos en 3 grupos de 0-14, de 15-50 y mayor de 50 años.
 - › **Proporción de envejecimiento o personas mayores de 64 años:** porcentaje que representa la población mayor de 65 o más sobre la población total $(P_{65+}/P_t) \times 100$.
 - › **Índice de envejecimiento:** expresa la relación entre la cantidad de personas adultas mayores y la cantidad de niños y jóvenes. Es el cociente entre personas de 65 años y más con respecto a las personas menores de 15 años, multiplicado por 100 $(P_{65+}/P_{<15}) \times 100$. Por ejemplo, un valor de 10 significa que hay 10 adultos mayores (de 65 años y más) por cada 100 niños y jóvenes (menores de 15 años).
 - › **Razón de dependencia:** es un indicador de dependencia económica potencial; mide la población en edades "teóricamente" inactivas en relación con la población en edades "teóricamente" activas. Se calcula como el total de población de 0 a 14 años más la población de 65 y más, dividido por el total de población de 15 a 64 años, multiplicado por 100. Por ejemplo, un valor de 60 significa que por cada 100 personas en edad de trabajar hay 60 personas en edades inactivas.

- **Índices de composición por sexo:** expresa la composición por sexo de una población, en términos de la relación entre la cantidad de hombres y la cantidad de mujeres. Es el cociente entre el total de hombres con respecto al total de mujeres, multiplicado por 100. Por ejemplo, un valor de 105 significa que hay 105 hombres por cada 100 mujeres.

• Índices de actividad económica:

- **Renta anual:** renta familiar o individual media según edad, sexo y estado civil.
- **Tasa de pobreza:** cociente entre el número de personas bajo el umbral de la pobreza en un grupo determinado y el total de personas en ese mismo grupo.
- **Tasa de actividad:** porcentaje que representa la población activa (de 16 a 64 años) que suministra realmente mano de obra.
- **Tasa de paro:** es el porcentaje que representa la población parada sobre la población activa.
- **Nivel de escolaridad:** número de años de escolaridad completos.

Todos estos índices pueden representarse de forma gráfica y lo hacen generalmente con las pirámides de población. Son una distribución de frecuencias que representan la estructura de la población por edad y sexo a la vez. Por convención, el lado izquierdo del eje de ordenadas está destinado a los varones y el derecho, a las mujeres (**Figura 1.1**).

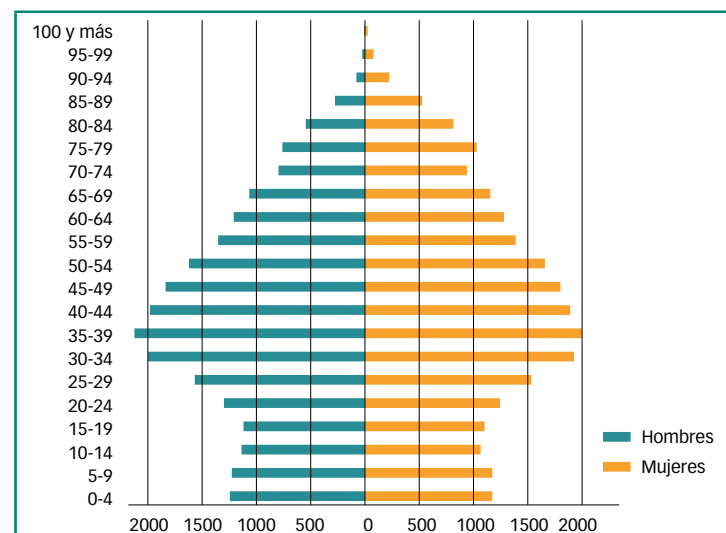


Figura 1.1. Pirámide población.

■ Indicadores de demografía dinámica

Constituyen el estudio de los cambios que se operan a lo largo del tiempo en la estructura de las poblaciones, y también de las leyes que determinan esa evolución con objeto de poder hacer proyecciones de futuro. A continuación se describen algunos de los más utilizados:

• Indicadores de natalidad y fecundidad:

- **Tasa de natalidad:** mide la cantidad de nacimientos de una localidad, ciudad o país, en relación con su número de habitantes durante un período determinado que, generalmente, es de un año.
- **Tasa global de fecundidad:** es el número de hijos que en promedio tendría una mujer de una cohorte hipotética de mujeres que durante su vida fértil tuvieran sus hijos de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período en estudio y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. Se calcula mediante la suma de las tasas específicas de fecundidad por grupos quinquenales de edades de las mujeres entre 15 y 49 años, multiplicado por 5. De manera sencilla, en una tasa global de fecundidad de 3 suele interpretarse que las mujeres en edad fértil tienen un promedio de 3 hijos.

La tasa de natalidad es un indicador del nivel de salud de una población que se debe estudiar siempre junto con la tasa global de fecundidad y con especial interés en las tasas de mortalidad infantiles. Si la tasa de natalidad es elevada y la tasa de mortalidad es elevada, el país estará en vías de desarrollo. Países con tasas bajas de natalidad y muy bajas tasas de mortalidad presentan un alto nivel socioeconómico. Actualmente, las tasas de natalidad en Europa están aumentando, y son muy bajas las tasas de mortalidad infantil.

• Indicadores de mortalidad:

- **Tasa bruta de mortalidad general (TBM):** mide la proporción de la población que muere cada año. Es un indicador de la intensidad



de la pérdida de población que se produce en una comunidad por muertes. No permite la comparación de poblaciones, ya que está muy influida por la composición etaria de la población.

- **Tasas e índices estandarizados de mortalidad:** son las tasas de mortalidad específicas por edad, sexo y causa de muerte. Entre ellas se encuentran:
 - › **Índice de Swaroop:** es uno de los mejores indicadores de calidad de vida; a mayor nivel de desarrollo, más próximo está al 100%.
 - › **Esperanza de vida:** se calcula mediante la tabla de vida. Se utiliza esencialmente en salud pública para medir la mortalidad y la supervivencia, pero también en estudios demográficos, actuariales u otros, para estudiar la longevidad, la fertilidad, las migraciones, el crecimiento de la población y para calcular proyecciones de población y los años de vida sin discapacidad.
- **Tasa de mortalidad infantil (TMI):** es la probabilidad que tiene un recién nacido de morir antes de cumplir un año de vida. Cociente entre el número de muertes de menores de un año en un período y el total de nacidos vivos del mismo período, por mil. Un valor de mortalidad infantil de 35 por mil nacidos vivos significa que por cada mil niños que nacen mueren 35 antes de cumplir su primer año de vida. Según la OMS, es el mejor marcador del nivel sanitario.
- **Tasa de mortalidad en la niñez (menores de 5 años):** expresa la probabilidad de morir de un recién nacido antes de cumplir los primeros 5 años de vida.

- **Tasa de mortalidad neonatal o tasa de mortalidad de recién nacidos:** número de recién nacidos que mueren antes de alcanzar los 28 días de edad, por cada 1000 nacidos vivos en un año determinado.
- **Tasa de mortalidad perinatales:** incluyen las defunciones de fetos de 28 semanas o más de gestación y defunciones de nacidos vivos dentro de los primeros 7 días de vida. El total de nacimientos incluye las defunciones fetales de 28 semanas de gestación más el número de nacidos vivos. La OMS recomienda el uso de un límite de 22 semanas o 500 gramos.
- **Tasa de letalidad (TL):** esta medida representa el potencial mortal de una enfermedad. Es un parámetro que mide el número de pacientes que fallecen con respecto al número de sujetos enfermos. Indica, por tanto, la gravedad de un proceso patológico sin estar influido por su frecuencia. Generalmente se aplica a enfermedades infecciosas agudas ► [MIR 20-21, 49](#).
- **Indicadores de crecimiento y dependencia:**
 - **Balance migratorio:** tasa de inmigración y tasa de emigración.
 - **Tasa neta de migración o saldo migratorio:** es la diferencia entre inmigraciones y emigraciones.
 - **Tasa de crecimiento natural o vegetativo:** supone la diferencia entre la tasa bruta de natalidad y la tasa bruta de mortalidad.
 - **Tasa de crecimiento demográfico:** estará determinada por la diferencia entre las entradas totales y las salidas totales, es decir: (nacimientos – muertes) + (inmigraciones – emigraciones).



Gestión en Atención Primaria

Orientación MIR

Tema de introducción sobre procesos de gestión relacionados con la Atención Primaria. Se recomienda su lectura para saber lo que es la gestión por procesos, los sistemas de información y la clasificación internacional de problemas de salud.

Preguntas MIR

► MIR 18-19, 125

► MIR 15-16, 171

Conceptos clave

- La Atención Primaria se define como una atención sanitaria basada en técnicas sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, al alcance de los individuos, familia y comunidad a un coste aceptable para la comunidad y el país
► MIR 18-19, 125.
- La gestión por procesos se basa en gestionar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los clientes. Los elementos fundamentales son: enfoque centrado en el usuario, implicación de los profesionales, sustento en la mejor práctica clínica a través de guías de práctica y desarrollo de vías clínicas, desarrollo de un sistema de información integrado y la continuidad de la atención.
- El registro de Atención Primaria fundamental es la historia clínica, aunque existen otros registros, como los de actividad, morbilidad, población adscrita y específicos (vacunaciones, revisiones, programas, etc.).
- La CIE-10 es un sistema de clasificación internacional de problemas de salud que convierte los términos diagnósticos y de otros problemas de salud, de palabras a códigos alfanuméricos que permiten su fácil almacenamiento y posterior recuperación para el análisis de la información.



La declaración de Alma-Ata, aprobada por la OMS, sitúa la Atención Primaria como estrategia para alcanzar el mejor nivel de salud de los pueblos. Se define como una atención sanitaria basada en técnicas sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, al alcance de los individuos, la familia y la comunidad a un coste aceptable para la comunidad y el país **MIR 18-19, 125**.

2.1. Gestión por procesos en Atención Primaria

La **gestión por procesos** es un sistema diferente de organización funcional de una institución sanitaria, basado en gestionar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a **las necesidades de los clientes**, en vez de controlar solo la calidad del producto final.

Representa un modelo que tiene en cuenta especialmente **las relaciones entre proveedores y clientes**, más allá de establecer un producto resultante adecuado, que puede no coincidir con las expectativas reales del cliente. Por tanto, prima **la visión del cliente sobre las actividades de la organización**. Los procesos son gestionados de forma estructurada y sobre su mejora se basa la propia organización.

En una institución sanitaria, **los tipos de proceso** se pueden clasificar como **claves** (prestación de la asistencia al usuario; por ejemplo, hospitalización, atención en urgencias, intervenciones quirúrgicas, etc.), **estratégicos** (permiten desarrollar la estrategia de la institución sanitaria; por ejemplo, planificación estratégica, desarrollo de alianzas estratégicas, gestión de las relaciones con el paciente, etc.) o **de soporte** (permiten el funcionamiento de la institución sanitaria; por ejemplo, pago de nóminas o facturación, gestión de sistemas de información, mantenimiento, etc.).

Para evaluar, de forma estandarizada, **la idoneidad de los procesos** se aplican diferentes sistemas de gestión de calidad estandarizados, como son **el aseguramiento de la calidad** (basado en normas ISO 9.000 y otras similares) y **la excelencia de gestión** (varios modelos de control de la calidad europeo, iberoamericano o el estadounidense Malcolm Baldrige, entre otros).

Recuerda

- En la gestión por procesos prima la visión del cliente (paciente) sobre las actividades de la organización. En la evaluación de su idoneidad se pueden aplicar sistemas de gestión de calidad estandarizados, como son el **aseguramiento de la calidad** (basado en normas ISO [International Organization for Standardization]) y la **excelencia de gestión**.

Los **elementos fundamentales de la gestión por procesos** son: enfoque centrado en el usuario, implicación de los profesionales, sustento en la mejor práctica clínica a través de guías de práctica y desarrollo de vías clínicas, desarrollo de un sistema de información integrado y la continuidad de la atención (**Tabla 2.1**).

ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE LA GESTIÓN POR PROCESOS

- Enfoque centrado en el usuario
- Implicación de profesionales
- Mejoría de la práctica clínica → guías de práctica y desarrollo vías clínicas
- Sistema de información integrado
- Continuidad de la atención

Tabla 2.1. Elementos fundamentales de la gestión por procesos.

2.2. Sistemas de información en Atención Primaria

Un **sistema de información sanitaria** se define como el conjunto de medios humanos y materiales interrelacionados que reciben datos, los convierten en información y los comunican para tomar decisiones.

Los elementos de un sistema de información sanitaria pueden ser:

- Estructurales** (datos, personal y soporte material).
- Funcionales** (fuentes de datos, circuitos de comunicación, proceso de datos y unidades de gestión y control).
- Orgánicos** (antes conocidos como estadísticas sanitarias, actualmente se llaman subsistemas de información sanitaria).

Todo registro suele tener una **secuencia** (sucesión de anotaciones que integran los distintos eventos en el tiempo y espacio), una **estructura jerárquica** (dirige la sucesión de anotaciones mediante un orden establecido de las cosas) y una **vinculación con otros registros** (enlazar un registro con otro, dando sentido al sistema de registros).

Registros en Atención Primaria: historia clínica

La historia clínica en Atención Primaria también se conoce como historia de salud de Atención Primaria (HSAP). La HSAP contiene los dos tipos de documentos:

- Documentos básicos:** el sobre, la carpeta, la historia sanitaria, la lista de problemas y la hoja de evolución.
- Documentos complementarios:** solo se cumplimentan cuando son necesarios, como las hojas de interconsulta, las pruebas complementarias, etc.

¿Qué datos contiene la historia clínica de Atención Primaria?

La historia clínica incluye toda la información relevante del paciente. Comprende:

- Información del área administrativa:**
 - Datos de identificación: nombre y apellidos, dirección postal, teléfono, fecha y lugar de nacimiento, sexo, número de la seguridad social.
 - Otros datos: situación familiar, situación laboral, estudios, otros.
- Información del estado de salud:**
 - Actividades preventivas y vacunaciones previas.
 - Hábitos de vida.



- Enfermedades previas.
- Notas de cada visita.
- Otros.
- Datos indirectos: resultados de laboratorio, pruebas radiológicas, informes de especialista, registros gráficos, otros.
- **Documentación básica de una historia clínica:**
 - Adulto: hoja de historia clínica, hoja de seguimiento, carpeta con datos administrativos.
 - Niño: hoja de historia clínica, gráficas de desarrollo, hoja de seguimiento.
- **Documentación complementaria:**
 - Hojas de protocolo de programas.
 - Informes de interconsulta.
 - Informes hospitalarios, etc.

● ¿Qué tipos de historia clínica tenemos en Atención Primaria?

- **Historia individual:** la principal ventaja es su facilidad de archivo y de manejo. Puede archivar por apellidos y nombre, fecha de nacimiento, número correlativo, etc., sin que ocasione problemas de identificación.
Aunque por su manejabilidad es posible su archivo en consulta, no es recomendable por la dificultad de accesibilidad al resto del equipo de Atención Primaria. Esta historia incluye: código de la historia individual, datos de la historia sociolaboral, antecedentes familiares, alergias medicamentosas, antecedentes personales, hábitos tóxicos, resumen de los problemas de salud más importantes, monitorización de actividades preventivas y hoja de seguimiento clínico.
- **Historia familiar:** tiene la ventaja de reunir en una sola carpeta a todos los convivientes, pero presenta el problema de complicar el sistema de archivo; a pesar de esto se utiliza por los siguientes motivos:
 - La historia clínica familiar es un documento único para todo el equipo que facilita el registro de todas las informaciones y su circulación entre todos los profesionales del centro.
 - Permite realizar una atención integral, es decir, contempla todos los aspectos biopsicosociales de la enfermedad y su influencia en el resto de la unidad familiar ▶ **MIR 15-16, 171.**
 - Permite conocer la interrelación entre los distintos miembros de la familia. Este modelo consigue una rápida comprensión de los problemas individuales a través de su relación con la unidad familiar.

■ Otros sistemas de registro en Atención Primaria

En Atención Primaria también se realiza registro de:

- **Actividad:** que proporciona información sobre la demanda asistencial, la utilización de los recursos y la cantidad de servicios prestados.
- **De morbilidad:** es el registro de consultas.
- **De población adscrita.**
- **Específicos:** con datos sobre vacunaciones, revisiones, programas, etc.

Las historias clínicas se organizan según dos tipos: de Atención Primaria y hospitalarias (Tabla 2.2).

HISTORIA CLÍNICA HOSPITALARIA	HISTORIA CLÍNICA ATENCIÓN PRIMARIA
• Recoge datos puntuales de alteraciones de salud • Intervienen ocasionalmente distintos profesionales • Recoge fundamentalmente la historia individual • Orientada a diagnóstico y tratamiento • Diseñada para actividades para recuperar la salud • < Importancia de los factores sociales • < Continuidad de relación entre médico y paciente	• Recoge datos de salud a lo largo del tiempo • Interviene de forma continuada todo el equipo de AP • Recoge la historia individual + familiar • Orientada a identificar y solucionar problemas de salud • Diseñada para incluir, además, actividades de prevención y promoción de la salud • > Importancia de los factores sociales • > Continuidad de relación entre médico y paciente

Tabla 2.2. Tipos de historias clínicas.

2.3. Clasificaciones internacionales de problemas de salud: CIE-10

Una **clasificación de enfermedades** se define como un sistema de categorías a las cuales se les asignan entidades patológicas de acuerdo con criterios establecidos. Permite el registro sistemático, el análisis, la interpretación y la comparación de los datos de mortalidad y morbilidad recolectados en diferentes países o áreas y en distintas épocas.

Su **utilidad** es convertir los términos diagnósticos y de otros problemas de salud en códigos alfanuméricos que permiten un fácil almacenamiento y una posterior recuperación para el análisis de la información. En la práctica se ha convertido en una clasificación diagnóstica estándar internacional para todos los propósitos epidemiológicos generales y muchos otros de administración de salud.

La **Clasificación Internacional de Enfermedades** (CIE) es un sistema que emplea un código alfanumérico, con una letra en primera posición y números en la segunda, tercera y cuarta posición; el cuarto carácter sigue a un punto decimal, los códigos posibles van, por tanto, de **A00.0 a Z99.9**. Tiene un índice tabular, por categorías, con secciones. Cada categoría presenta distintas subcategorías (Tabla 2.3). La **CIE-10** (clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud) contiene 510 enfermedades.

La **CIE** no es un instrumento adecuado para indagar entidades clínicas individuales y sí lo es para **clasificar enfermedades** y otros tipos de **problemas de salud**, consignados en distintos tipos de registros vitales y de salud.

Hasta el momento se considera como la estructura más útil de las alternativas que se han probado. Es cierto que no permite siempre la inclusión de suficientes detalles útiles para algunas especialidades, por lo que se ha propuesto la idea de una familia de clasificaciones de enfermedades.

Recuerda

- La CIE no es un instrumento adecuado para indagar entidades clínicas individuales ni permite la inclusión de suficientes detalles útiles para algunas especialidades.



CAPÍTULO	CÓDIGOS	TÍTULO
I	A00-B99	Ciertas enfermedades infecciosas y parasitarias
II	C00-D48	Neoplasias
III	D50-D89	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos y otros trastornos que afectan el mecanismo de la inmunidad
IV	E00-E90	Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas
V	F00-F99	Trastornos mentales y del comportamiento
VI	G00-G99	Enfermedades del sistema nervioso
VII	H00-H59	Enfermedades del ojo y sus anexos
VIII	H60-H95	Enfermedades del oído y de la apófisis mastoides
IX	I00-199	Enfermedades del sistema circulatorio
X	J00-199	Enfermedades del sistema respiratorio
XI	K00-K93	Enfermedades del aparato digestivo
XII	L00-L99	Enfermedades de la piel y el tejido subcutáneo
XIII	M00-M99	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo
XIV	N00-N99	Enfermedades del aparato genitourinario
XV	000-099	Embarazo, parto y puerperio
XVI	P00-P96	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal
XVII	Q00-Q99	Malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas
XVIII	R00-R99	Síntomas, signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasificados en otra parte
XIX	S00-T98	Traumatismos, envenenamientos y algunas otras consecuencias de causa externa
XX	V01-Y98	Causas extremas de morbilidad y de mortalidad
XXI	Z00-Z99	Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los servicios sanitarios
XXII	U00-U99	Códigos para situaciones especiales

Tabla 2.3. Capítulos de la CIE-10.

I
 II
 III
 IV
 V
 VI
 VII
 VIII
 IX
 X
 XI
 XII
 XIII
 XIV
 XV
 XVI
 XVII
 XVIII
 XIX
 XX
 XXI
 XXII



Actividades preventivas y de promoción de la salud

Orientación MIR

Tema de introducción sobre procesos de gestión relacionados con la Atención Primaria. Se recomienda su lectura para saber lo que es la gestión por procesos, los sistemas de información y la clasificación internacional de problemas de salud.

Preguntas MIR

► MIR 18-19, 206

Conceptos clave

- Los médicos de Atención Primaria tienen un papel importante en la prevención, principalmente la prevención primaria dirigida a evitar la adquisición de la enfermedad.
- Un programa de salud es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios con la finalidad de alcanzar objetivos determinados, como promocionar hábitos y estilos de vida saludables, prevenir enfermedades, tratar las enfermedades una vez que ya están instauradas y recuperar las habilidades y capacidades dañadas por una condición patológica, en relación con ciertos problemas de salud y para una población determinada.
- La educación para la salud supone una transferencia de conocimientos que conduce a la adquisición de hábitos de vida que lleva a los individuos a un nivel de salud lo más elevado posible. No se limita a abordar la transmisión de información, sino que trabaja en la línea del fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima de individuos y comunidades.
- Prevención primaria: evitar la adquisición de enfermedad.
- Prevención secundaria: detección precoz de la enfermedad.
- Prevención terciaria: una vez instaurada la enfermedad, evita empeorar y/o complicar la evolución de la misma.
- Prevención cuaternaria: reducir/paliar los efectos adversos causados por la intervención médica.



La **prevención** consiste en aquellas acciones que reducen la probabilidad de aparición/interrupción/modificación de la enfermedad. Se clasifica como primaria, secundaria, terciaria o cuaternaria (**Figura 3.1**).

La **prevención primaria** permite evitar la adquisición de enfermedades. Por ejemplo, la deshabituación tabáquica, la vacunación, etc.

La **prevención secundaria** permite la detección precoz de la enfermedad. Por ejemplo, el cribado de cáncer de mama o de colon (Prevecolon), etc., lo que permite ofrecer tratamientos en fases más tempranas de la historia natural de la enfermedad y, por tanto, reducir morbilidad.

La **prevención terciaria** evita el empeoramiento y/o complicaciones una vez instaurada la enfermedad. Por ejemplo, rehabilitación cardíaca; rehabilitación logopeda tras accidente cerebrovascular agudo (ACVA), etc.

La **prevención cuaternaria** permite reducir o paliar el perjuicio provocado por la intervención médica. Por ejemplo, la limitación del esfuerzo terapéutico ► **MIR 18-19, 206**.

Recuerda

- La prevención primaria dirigida a evitar la adquisición de la enfermedad, la secundaria a la detección precoz de la enfermedad, la terciaria al tratamiento y rehabilitación de la enfermedad y cuaternaria evitar, reducir y paliar el perjuicio provocado por la intervención médica.

Los médicos de Atención Primaria tienen un importante papel en prevención, sobre todo primaria, como la vacunación, la detección de factores de riesgo modificables (por ejemplo, tensión arterial y colesterol elevados), el consejo sobre hábitos de vida saludables (por ejemplo, dejar de fumar, reducir el consumo de alcohol, practicar ejercicio físico) y los riesgos y beneficios de las intervenciones (por ejemplo, tratamiento hormonal), la realización de pruebas de cribado para la detección precoz de algunas enfermedades (por ejemplo, cáncer de cérvix), el consejo sobre la participación en los programas de cribado (por ejemplo, programa poblacionales de cáncer de mama y de cáncer colorrectal), y la identificación de la población con mayor riesgo de padecer una enfermedad para ofrecerles un seguimiento y vigilancia más estrecho (por ejemplo, personas con poliposis adenomatosa familiar y cáncer

colorrectal). El consejo antitabaco y las inmunizaciones han demostrado ser mucho más coste-efectivas que los cribados.

Tradicionalmente, las estrategias de prevención primaria han partido del principio de riesgo, es decir, de la consideración de las diferentes cantidades o concentraciones de agentes o factores de riesgo a partir de las cuales podrían ser considerados como peligrosos y, por tanto, evitables.

Los estudios actuales indican que **la prevención primaria implica la determinación de las causas (determinantes del riesgo) entre aquellos factores que han mostrado asociación con el desarrollo de la enfermedad (factores de riesgo)**.

A la hora de definir políticas y estrategias preventivas para las diversas enfermedades el principio de precaución prima sobre el principio de riesgo. Ello significa que el reconocimiento de la incertidumbre científica sobre los efectos que cierto nivel de exposición produce no debe traducirse en una conducta expectante, sino en una conducta de valoración del riesgo potencial y, por tanto, merecedora de acciones preventivas.

Recuerda

- La prevención primaria implica la determinación de las causas (determinantes del riesgo) entre aquellos factores que han mostrado asociación con el desarrollo de la enfermedad (factores de riesgo), en contraposición con el modelo basado en el principio de riesgo.

Este cambio de planteamiento conduce a una serie de principios operativos ya recogidos en normativas comunes para países desarrollados, especialmente para los agentes contaminantes y el tabaco.

Asimismo, a la hora de transmitir la información a la población general y diseñar estrategias preventivas de carácter individual, la mayoría de los agentes implicados están de acuerdo también en la necesidad de clarificar hacia qué factores de riesgo es necesario dirigir los esfuerzos más vigorosos, y hacia cuáles debemos tener una actitud menos determinante, evitando de ese modo la diseminación de medidas de escasa eficacia o ineficacia probada que saturan a la población.

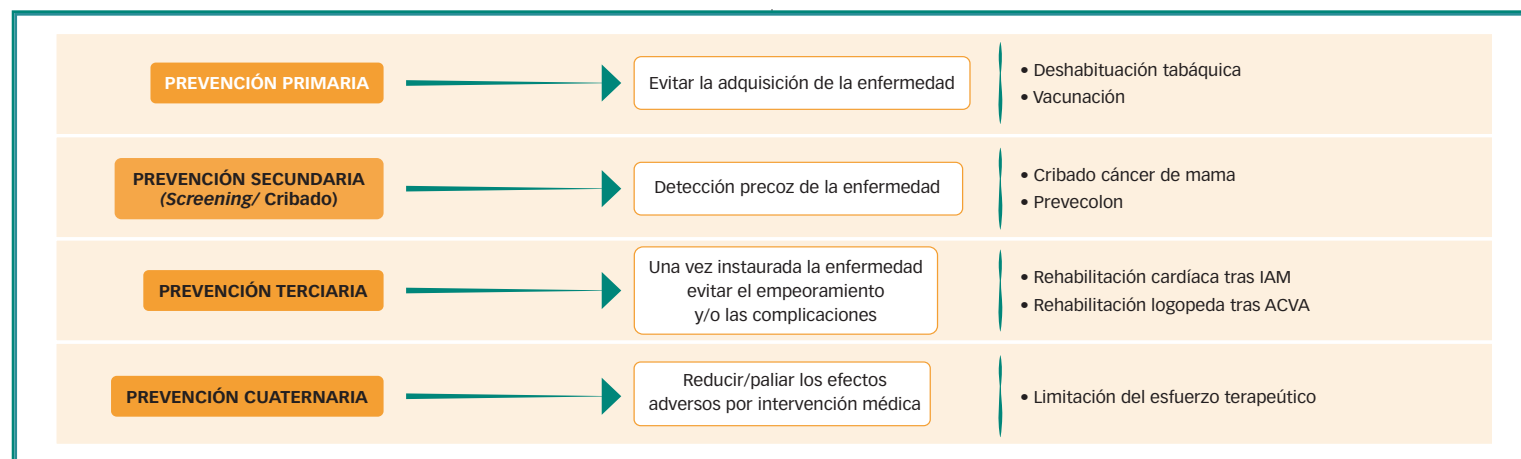


Figura 3.1. Tipos de prevención.



3.1. Programa de salud

Un programa de salud es un conjunto organizado, coherente e integrado de actividades y de servicios, ejecutado simultánea o sucesivamente, con los recursos necesarios y con la finalidad de alcanzar los objetivos determinados en relación con los problemas de salud precisos y para una población determinada.

Entre los objetivos fundamentales de los programas de salud están promover hábitos y estilos de vida saludables, prevenir enfermedades, tratar las enfermedades una vez ya están instauradas y recuperar las habilidades y capacidades que han sido dañadas por una condición patológica. Ejemplos de programas de salud son el programa de salud sexual y reproductiva, de envejecimiento activo, de desigualdades sociales en salud y de prevención y control del tabaquismo.

Las etapas para planificar un programa de salud son: **inicio, análisis de la situación, establecimiento de prioridades, objetivos, formulación de estrategias, ejecución del plan y evaluación.**

■ Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS)

El PAPPS (Tabla 3.1) es un proyecto de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC) que pretende promover las actividades preventivas en los centros de salud.

Los **objetivos** son del PAPPS son:

- Estimular la calidad asistencial en los centros de Atención Primaria y promover la integración de un programa de actividades preventivas y de promoción de la salud en el seno de las tareas desarrolladas habitualmente en las consultas de Atención Primaria.
- Detectar las dificultades que genera su implantación así como identificar las necesidades de personal e infraestructura precisas para llevarlo a la práctica.
- Generar recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos en base a la evidencia científica, los datos de morbilidad, los recursos disponibles y los resultados de las evaluaciones de las actividades preventivas de los equipos de Atención Primaria.
- Promover la formación e investigación sobre la prevención en Atención Primaria, y desarrollar proyectos específicos relacionados con el programa.

El PAPPS genera recomendaciones periódicas de prioridades y métodos preventivos de acuerdo con las evidencias científicas, la morbilidad de nuestro país, los recursos disponibles y los resultados de la evaluación de las actividades preventivas de los equipos de Atención Primaria. Estas recomendaciones se renuevan cada dos años. Las recomendaciones del PAPPS se estructuran en tres bloques, las relacionadas con el adulto, con la infancia y adolescencia y con la prevención de la salud mental. En la actualidad, existen estrategias de prevención de las enfermedades cardiovasculares, del cáncer, de las enfermedades infecciosas, de los trastornos de la salud mental en el anciano y en la mujer, educación sanitaria y promoción de la salud, prevención y promoción de la salud en la infancia y la adolescencia y evaluación.

SUBPROGRAMA ADULTO. PAQUETE MÍNIMO
• Detección de la HTA • Detección del tabaquismo • Detección del consumo excesivo de alcohol
SUBPROGRAMA INFANTIL. PAQUETE MÍNIMO
• Cribado del hipotiroidismo y la fenilcetonuria congénitos • Promoción de la lactancia materna y supervisión de la alimentación durante el primer año de vida • Prevención del embarazo y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en adolescentes • Antropometría seriada • Detección temprana del retraso psicomotor • Prevención del síndrome de muerte súbita del lactante • Cribado de la enfermedad luxante de la cadera en neonatos y lactantes • Cribado de la criptorquidia • Promoción de la salud bucodental • Cribado de anomalías oculares • Cribado de la hipoacusia • Vacunaciones sistemáticas • Prevención de accidentes • Prevención del tabaquismo activo y pasivo • Prevención del consumo del alcohol • Prevención del riesgo cardiovascular en la infancia • Detección de los malos tratos y/o la falta de cuidados infantiles • Vacunaciones en grupos de riesgo
SUBPROGRAMA DE SALUD MENTAL. INFANCIA Y ADOLESCENCIA
• Atención a la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio • Embarazo en la adolescencia • Hijos de familias monoparentales • Antecedentes de patología psiquiátrica en los padres • Retraso escolar / trastorno en el desarrollo del lenguaje • Detección precoz de los trastornos de ansiedad o depresión • Prevención del suicidio
SUBPROGRAMA DE SALUD MENTAL. ADULTO
• Pérdidas de funciones psicofísicas: atención al paciente y sus familiares • Cuidado del paciente terminal y su familia • Pérdida de un familiar o allegado • Jubilación (preparación de la red social tras la jubilación) • Cambios frecuentes de domicilio en personas de edad avanzada • Detección precoz de los trastornos de ansiedad o depresión • Prevención del suicidio

Tabla 3.1. Programa de actividades del PAPPS.

3.2. Educación para la salud y participación comunitaria

La **educación para la salud** (Eps) se define como "cualquier combinación de información y educación que lleve a una situación en que la población desee estar sana, sepa alcanzar la salud, haga lo que pueda individual o colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando lo necesite" (OMS, 1983).

El campo de actuación de la Eps lo constituye el individuo, el grupo o la comunidad hacia el que se dirige la acción educativa: promoción de la salud, prevención de la salud/enfermedad y tratamiento de los problemas de salud (Tabla 3.2).



SALUD COMO PATRIMONIO DE LA COLECTIVIDAD	Concienciar a la comunidad La salud es un concepto ligado a aspectos socioculturales
MODIFICAR ESTILOS DE VIDA NO SALUDABLES	Las costumbres de individuos/comunidades pueden ser fuente de estilos de vida no saludables
PROMOVER ACTITUDES Y CONDUCTAS FAVORABLES A LA PROMOCIÓN, PREVENCIÓN Y RESTAURACIÓN DE LA SALUD	Hábitos de vida saludables: ejercicio físico, dieta adecuada, uso adecuado de medicamentos y recursos sanitarios, evitar hábito tabáquico, alcohol, drogas, etc.
CAMBIOS AMBIENTALES	Eliminación de contaminantes y residuos, higiene de centros de trabajo, hogares, escuelas..., preparación y conservación de alimentos, etc.
CAPACITAR A LOS INDIVIDUOS PARA LA TOMA DE DECISIONES	La interiorización de los conocimientos capacita a los individuos y a las comunidades para la toma de decisiones
FOMENTO DE LA INVESTIGACIÓN	Desarrollo de nuevas opciones para la resolución de los problemas de salud

Tabla 3.2. Objetivo de la EpS.

La educación supone una transferencia de conocimientos que conduce a la adquisición de hábitos de vida que lleva a los individuos a un nivel de salud lo más elevado posible.

Esta transmisión de conocimientos se lleva a cabo mediante la comunicación, cuyos elementos fundamentales son:

- **Transmisor:** profesional sanitario.
- **Mensaje:** conocimiento asumible.
- **Receptor:** individuo/grupo/comunidad.

A su vez, en función de a quién vaya dirigido el mensaje pueden establecerse tres vías de transmisión:

- **Población en general:** el vehículo son los medios de comunicación que transmiten el mensaje, que es reiterado en el tiempo para tratar de lograr el objetivo deseado (campañas publicitarias). Dada la dificultad para evaluar los resultados obtenidos con la campaña, no puede considerarse ni utilizarse de manera aislada.
- **Educación de grupos:** establece una relación entre el educador y los educandos, de manera que la comunicación se hace más fluida, resultando posible la evaluación de los resultados obtenidos, por lo que el proceso educativo puede completarse de manera óptima.
- **Individual:** supone el máximo grado de individualización del contenido del mensaje, haciéndose hincapié en la situación particular del individuo.

La metodología llevada a cabo durante todo el proceso educativo debe estar basada, ante todo, en la **participación de todos** y cada uno de los implicados en dicho proceso. Evidentemente no se trata de una labor sencilla, por lo que es imprescindible que esté basado en una **planificación y programación** de las actividades a desarrollar. Esta planificación implica una **valoración** previa de la situación de salud del individuo/grupo/comunidad, una **justificación** de los problemas reales/potenciales de salud susceptibles de ser abordados, una **planificación**, propiamente dicha, con unos objetivos determinados, la **ejecución** del plan de actuación y, por último, la **evaluación** de todo el proceso.

Los métodos de EpS (Tabla 3.3) son bidireccionales/directos o unidireccionales/indirectos.

- **Métodos bidireccionales o directos:** están dirigidos a individuos o grupos, y llevan a cabo un intercambio directo de información entre los

participantes en el proceso educativo (educadores y educandos). Los roles de cada uno no son rígidos, por lo que existe un intercambio que enriquece de este modo a todas las partes.

El **objetivo** es obtener información de primera mano acerca de la situación de salud real del individuo/grupo, hábitos de vida, expectativas, conocimientos, etc., para así dotarle de las herramientas necesarias para que tome sus propias decisiones. La **base** es la palabra hablada, que puede ser complementada por otras técnicas o recursos didácticos (dibujos, pizarras, fotografías, etc.). Se establece un **diálogo**, charla y discusión en la clase (*feedback*).

- **Métodos unidireccionales o indirectos:** pueden ir dirigidos al individuo, grupo o comunidad. No existe *feedback* entre las partes implicadas; quien recibe el mensaje no tiene posibilidad de discutir su contenido. Su utilidad radica en la capacidad de sensibilización de la población, así como en el refuerzo de actitudes previas, pero no garantizan un cambio en la conducta de los individuos.

A pesar del inconveniente que esto supone, la ventaja reside en que los profesionales tienen la posibilidad de llegar a un gran número de personas y sin excesivo esfuerzo. Pueden ponerse en práctica mediante diferentes métodos, como visuales (carteles, folletos, periódicos, revistas, etc.), sonoros (radio) y audiovisuales (televisión, cine, vídeo, etc.; los más ampliamente extendidos por su capacidad de llegar a mayor número de individuos).

VALORACIÓN	Recogida sistemática y organizada de información sobre el estado de salud de la persona y de sus hábitos de vida
JUSTIFICACIÓN	Conclusión basada en la valoración partir de la cual se identifican los problemas de salud (elaboración de hipótesis) susceptibles de intervención
PLANIFICACIÓN	Elaboración de un programa EpS
EJECUCIÓN	Puesta en práctica del programa EpS con base en las técnicas educativas planificadas
EVALUACIÓN	Medición de los resultados obtenidos

Tabla 3.3. Metodología de la EpS.

Las principales técnicas educativas que se trabajan en EpS se aplican en **grupo**. Este tipo de educación grupal ha experimentado cambios significativos en los últimos años, que ha pasado de un modelo basado en la transmisión de información, desde el educador al educando, hacia un **modelo participativo y activo** de todos los participantes (Tabla 3.4).

MÉTODOS BIDIRECCIONALES O DIRECTOS	MÉTODOS UNIDIRECCIONALES O INDIRECTOS
• Dirigido a grupos o individuos • Intercambio directo de información • Intercambio de roles • Basado en la palabra hablada • Obtención de información de primera mano • <i>Feedback</i> • Diálogo, charla, clase, discusión	• Dirigido a individuos, grupo o comunidad • No hay intercambio de información entre el educador y educando • Capacidad de sensibilización con la población • No hay <i>feedback</i> • Sonoros (radio) • Audiovisuales (cine, televisión)

Tabla 3.4. Métodos de EpS según L. Salleras.

Las **técnicas o dinámicas de grupo** (del griego *dynamiké*, fuerza o impulso) suponen la suma del total de interacciones que se dan entre sus participantes. junto con la estructura que surge como resultado de esa misma interacción.

Las técnicas de grupo producen en sus integrantes una serie de efectos (Cirigliano y Villaverde):



- **Efecto terapéutico (autoayuda):** todo grupo puede proporcionar a cada participante la capacidad de desarrollarse y afrontar problemas personales.
- **Efecto psicoterapéutico:** a través de la psicología se logra una modificación en la conducta del personal.
- **Efecto educativo:** utilizados como herramientas para aprender/enseñar.

De manera general, las técnicas educativas grupales se clasifican en:

- **Técnicas de investigación en el aula:** suponen el punto de partida para posteriores tareas del grupo. Básicamente, expresan, reflexionan, organizan y comparten conocimientos, experiencias o sentimientos.

- **Técnicas de desarrollo de habilidades:** fomentan el desarrollo de habilidades concretas y la capacidad de actuar del individuo, de adoptar conductas ajustadas a cada situación. Además de las habilidades cognitivas, hacen hincapié en las psicomotoras, personales y sociales.
- **Técnicas de análisis:** el objetivo es el análisis de diferentes temas desde distintos puntos de vista. Se trabaja sobre las habilidades cognitivas de análisis, síntesis y valoración, pero también el área afectiva (actitudes, sentimientos y valores).
El educador, al final de la sesión, realiza una síntesis de la actividad con una puesta en común.



04 Factores de riesgo cardiovascular

Orientación MIR

Tema que refuerza conceptos, aprendidos en las asignaturas de Cardiología y Endocrinología, de gran importancia a la hora de la prevención cardiovascular. Se debe recordar el método de estratificación de riesgo cardiovascular y los puntos de corte de los factores de riesgo cardiovascular clásicos a la hora de la toma de decisiones clínicas.

Preguntas MIR

- ▶ MIR 21-22, 193
- ▶ MIR 15-16, 84
- ▶ MIR 20-21, 134; MIR 20-21, 164
- ▶ MIR 13-14, 70
- ▶ MIR 16-17, 89

Conceptos clave

- ⊙ Se debe realizar una valoración sistemática del riesgo cardiovascular, mediante el sistema SCORE, en aquellos pacientes en los que exista un riesgo incrementado de enfermedad cardiovascular:
 - Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.
 - Dislipidemia familiar.
 - Presencia de factores de riesgo cardiovasculares mayores: tabaquismo activo, hipertensión arterial, diabetes *mellitus* o dislipidemia.
 - Varones > 40 años o mujeres > 50 años/posmenopáusicas, incluso en ausencia de factores de riesgo cardiovascular.
- ⊙ Los marcadores de obesidad son el índice de masa corporal (IMC) y el perímetro, y se recomienda la pérdida de peso en aquellos con sobre peso tipo 2 (IMC ≥ 27 kg/m²) y con perímetro abdominal > 102 cm (> 94 cm en europeos) en varones y con > 88 cm (> 80 cm en europeos) en mujeres.
- ⊙ El inicio de tratamiento de la hipertensión arterial y la dislipemia depende tanto de las cifras de presión arterial y LDLc como del riesgo cardiovascular estimado.
- ⊙ El criterio para realizar cribado de diabetes *mellitus* en pacientes asintomáticos es: edad $\geq$ a 35 años y < 35 años si existe sobrepeso u obesidad y algún otro factor de riesgo o antecedente de diabetes gestacional o "macrosomía".
- ⊙ El cribado poblacional de HTA debe realizarse en individuos asintomáticos de entre los 20-40 años, cada 4 años y a los mayores de 40 años, de forma anual.



En nuestro país, la causa más frecuente de fallecimiento por encima de los 50 años es, junto a la enfermedad oncológica, la enfermedad cardiovascular, entendiéndose como tal toda enfermedad derivada de la aterosclerosis clínica en los distintos territorios arteriales (cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular y enfermedad vascular periférica). Esto, en sí mismo, ya justifica una actividad preventiva, pero, además, la modificación de los factores de riesgo y del estilo de vida ha demostrado de manera constante, a lo largo de los estudios, que reduce la mortalidad y la morbilidad.

El objetivo del estudio del riesgo cardiovascular está orientado a la prevención, tanto primaria como secundaria, de las enfermedades ligadas al mismo, con la finalidad de prolongar la supervivencia y la calidad de vida.

4.1. Estimación del riesgo cardiovascular

Las recomendaciones actuales obligan a una valoración sistemática del riesgo cardiovascular en todos aquellos pacientes en los que exista un riesgo incrementado de enfermedad cardiovascular:

- Historia familiar de enfermedad cardiovascular prematura.
- Dislipidemia familiar.
- Presencia de factores de riesgo cardiovasculares mayores: tabaquismo activo, hipertensión arterial, diabetes *mellitus* o dislipidemia.
- Varones > 40 años o mujeres > 50 años/posmenopáusicas, incluso en ausencia de factores de riesgo cardiovascular.

El sistema de estratificación de riesgo cardiovascular más utilizado y extendido en la actualidad es **el sistema SCORE** (Systematic Coronary Risk Evaluation).

Dicho modelo estima el riesgo de un evento cardiovascular fatal a 10 años. La valoración de riesgo se basa en una serie de factores indicados e integrados en las tablas: sexo, edad, hábito tabáquico, tensión arterial y colesterol, ya sea colesterol total o el cociente colesterol total/lipoproteínas de alta densidad (HDL).

Existen dos tipos de tablas: tabla de bajo riesgo y tabla de alto riesgo (que incluye a países de alto y muy alto riesgo), en función del país sobre el que la estemos aplicando, siendo España un país de bajo riesgo (**Figura 4.1**).

El sistema SCORE se aplica de la siguiente manera:

1. Los sujetos susceptibles recogidos en estas tablas son aquellos **sin enfermedad cardiovascular establecida** o que **no sean de muy alto o alto riesgo** por otros motivos.
2. Para la obtención del resultado, hay que buscar la parte de la tabla que corresponde al sexo y edad y hábito tabáquico. A continuación, buscar la celda en la que se encuentra la presión arterial sistólica (mmHg) y el colesterol total (mmol/L o mg/dL).

Hay que tener en cuenta que la estimación de países de alto y muy alto riesgo se hace con la misma tabla, lo que puede conllevar la infraestimación en países de muy alto riesgo.

Se considera que aquellos pacientes con riesgo de **más del 5%** se encuentran en **alto riesgo para un evento cardiovascular fatal a 10 años**.

Recuerda

- Aquellos pacientes con riesgo de **más del 5%**, según el sistema SCORE, presentan **alto riesgo para un evento cardiovascular fatal a 10 años**.

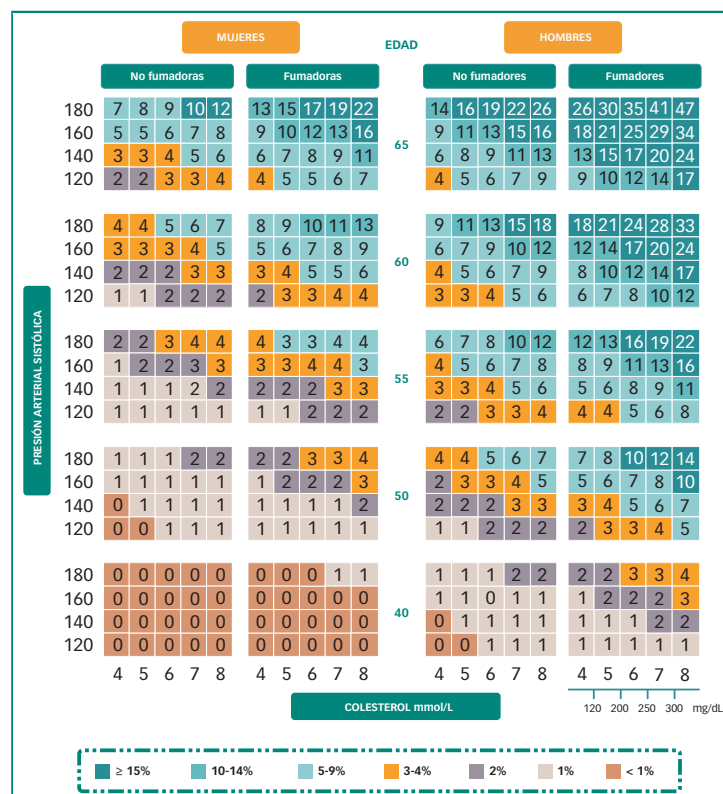


Figura 4.1. Sistema SCORE de estratificación del riesgo cardiovascular.

4.2. Control específico de los factores de riesgo cardiovascular clásicos

Obesidad y dieta

La obesidad es una enfermedad muy prevalente y su principal importancia reside en la comorbilidad asociada, como la hipertensión arterial, la diabetes *mellitus* tipo 2 o las dislipemias, y en el incremento de riesgo de muerte global y cardiovascular. La obesidad es de **tipo androide o troncular**, no la periférica, es la que produce un aumento del riesgo cardiovascular.

Se clasifica con base en **el índice de masa corporal**. Desde un punto de vista pronóstico, el índice de masa corporal (IMC) es entre 20-25 kg/m² para adultos. El rango deseable en sujetos de 65 o más años es de 24-30 kg/m².

Con la evidencia actual, no se puede recomendar una mayor pérdida de peso como factor protector contra la enfermedad cardiovascular. El perímetro abdominal también se utiliza ampliamente como marcador de obesidad y riesgo cardiovascular, y se recomienda la pérdida de peso en varones con > 102 cm y mujeres con > 88 cm de perímetro abdominal (para europeos, > 94 cm en varones y > 80 cm en mujeres).



Pese a que las intervenciones sobre la dieta son las que menos evidencia tienen, todos los pacientes deberían recibir consejos sobre alimentación cardiosaludable, que reducen así el riesgo a través de la pérdida de peso y tensión y mejoría del perfil metabólico.

Recomendaciones generales:

- Objetivo calórico suficiente para mantener peso ideal.
- Fomentar ingesta de: frutas, verduras, cereales integrales, productos lácteos bajos en grasas, pescado y carne magra.
- El aceite de pescado y los ácidos grasos omega 3 poseen propiedades protectoras específicas.
- El componente total graso de la dieta no debería sobrepasar el 30% total de las calorías.
- La cantidad total de ácidos grasos saturados no debería exceder un tercio de la grasa total ni el 10% del total de calorías.
- No sobrepasar 300 mg/día de colesterol.
- No sobrepasar 5 g de sal al día.
- Se enfatizará la abstención de refrescos azucarados y bebidas alcohólicas, con un límite de 20 g de alcohol diarios en varones y 10 g en mujeres.

Recuerda

- El índice de masa corporal ideal es de 20-25 kg/m² para adultos y 24-30 kg/m² para los mayores de 65 o más años.

Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los factores de riesgo cardiovascular clásicos, con una alta morbilidad y gran impacto en el ámbito de múltiples enfermedades de la esfera aterosclerótica: enfermedad coronaria, enfermedad cerebrovascular, enfermedad arterial periférica, fibrilación auricular, enfermedad renal crónica e insuficiencia cardíaca.

El riesgo de muerte asociada a la HTA crece de manera lineal a partir de 115 mmHg de presión arterial sistólica (PAS) y 75 mmHg de presión arterial diastólica (PAD), de manera que se dobla por cada aumento de 20 mmHg de PAS o 10 mmHg de PAD.

Se define HTA si las cifras de PAS $\geq$ 140 mmHg y PAD $\geq$ 90 mmHg (Tabla 4.1).

CATEGORÍA	PAS (MMHG)		PAD (MMHG)
Óptima	< 120		< 80
Normal	120-129	y	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA grado 3	$\geq$ 180	y/o	$\geq$ 110
HTA sistólica	$\geq$ 140	y	< 90

Tabla 4.1. Definición de hipertensión arterial.

La medición en consulta de la presión arterial se recomienda de manera enfática tanto para el cribado como para el diagnóstico, basando el diagnóstico en al menos 2 mediciones por visita, separadas al menos 2 minu-

tos, y en 2 visitas separadas en el tiempo. Una correcta medición de la PA se realiza con el paciente sentado, en ambos brazos, y con al menos dos determinaciones espaciadas, seleccionando la medida mayor.

El cribado poblacional de HTA debe efectuarse en individuos asintomáticos de entre los 20-40 años, cada 4 años, y a los mayores de 40 años, de forma anual ▶ MIR 21-22, 193.

Recuerda

- El diagnóstico de HTA exige al menos dos determinaciones elevadas en días distintos.

Se conocen diferentes tipos de hipertensión arterial ▶ MIR 20-21, 134.

- **HTA de bata blanca:** solo se objetiva en la consulta médica con cifras persistentemente normales de manera ambulatoria.
- **HTA enmascarada o ambulatoria:** situación opuesta a la previa, hipertensión objetivada únicamente fuera de la consulta médica.
- **Seudohipertensión:** fenómeno típico en personas de edad avanzada, que se define por cifras elevadas con el manguito braquial con cifras centrales normales (rigidez arterial).
- **HTA resistente o refractaria:** es aquella en la que NO se logran cifras normales de presión pese a estar en tratamiento con tres fármacos antihipertensivos, uno de ellos un diurético.
- **Crisis hipertensiva:** PAS > 180 mmHg y/o PAD > 120 mmHg. En función de si conlleva lesión del órgano diana o no, se habla respectivamente de emergencia o de urgencia hipertensiva.

La causa más frecuente de HTA es la **HTA esencial** (5-10% HTA secundarias). Típicamente aparece entre los 30-50 años y aunque, con probabilidad, tiene un factor genético, está muy relacionada con factores ambientales de tipo estilo de vida, como el consumo elevado de sal en la dieta, la obesidad, el estrés y el sedentarismo. Su expresión clínica más frecuente es que esté asintomático.

Los criterios para sospechar una HTA secundaria se recogen la Tabla 4.2 ▶ MIR 13-14, 70.

- Edad de comienzo de la HTA antes de la pubertad
- Edad de comienzo < 30 años en pacientes no obesos, sin historia familiar de HTA ni otros factores de riesgo cardiovascular
- Edad de comienzo > 60 años
- Elevación aguda de la PA en pacientes con PA previa normal o con HTA esencial bien controlada
- HTA resistente (HTA no controlada con tres fármacos antihipertensivos sinérgicos en dosis adecuadas, uno de ellos un diurético)
- HTA acelerada o maligna (retinopatía hipertensiva grado III o IV de Keith-Wagener-Barker, respectivamente)
- Presencia de síntomas o signos que orienten hacia una enfermedad subyacente
- Toma de fármacos capaces de inducir HTA (con frecuencia un fármaco de este tipo ocasiona un empeoramiento en el control de una HTA esencial o induce resistencia al tratamiento)

Tabla 4.2. Criterios de hipertensión arterial secundaria.

El cribado de la HTA se realiza en adultos de 20 a 40 años asintomáticos cada 4 años ▶ MIR 20-22, 193. Estos 4 años se pueden ampliar hasta 5 si las cifras son óptimas (PAS < 120 mmHg y PAD < 80 mmHg) y cada 3 años, si las cifras obtenidas están en rango de normalidad (PAS 120-129 mmHg y PAD 80-84 mmHg). En adultos de edad igual o mayor a 40 años, evaluación anual.



Las mediciones fuera de la consulta mediante la monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o mediante la automedición de la PA (AMPA) tienen un poder pronóstico cardiovascular y cerebrovascular superior al de las mediciones en consulta y evitan el sobrediagnóstico relacionado con el fenómeno de HTA de bata blanca. Son útiles para la confirmación diagnóstica en aquellos sujetos con cifras elevadas en consulta.

También favorecen el diagnóstico de HTA enmascarada (aquella hipertensión en el hogar o en la vida diaria y no en consulta).

En todo paciente con diagnóstico de HTA se debe realizar un cribado básico de formas secundarias, y comenzar por la historia clínica, la exploración física y la analítica sanguínea.

No está recomendada la ecocardiografía rutinaria.

La decisión de iniciar tratamiento farmacológico en el seno de la enfermedad hipertensiva está vinculada no solo al tratamiento de la presión arterial, sino al riesgo cardiovascular global estimado según las tablas SCORE. No obstante, hay que tener en cuenta que el daño subclínico de órgano diana predice de manera independiente riesgo de muerte.

Por tanto, probablemente la mejor manera de estimar el riesgo cardiovascular real sea su combinación junto con las tablas previamente mencionadas.

Como ya se ha visto, el inicio de tratamiento antihipertensivo está condicionado al **riesgo cardiovascular global**.

A todos los pacientes se les recomiendan cambios en el estilo de vida, pero solo a algunos grupos se les aconseja iniciar tratamiento farmacológico:

- **Pacientes con hipertensión grado 3**, independientemente del riesgo cardiovascular estimado (recomendación clase I).
- **Pacientes con hipertensión grados 1-2** que tengan un riesgo cardiovascular muy alto (recomendación clase I) o alto (recomendación clase IIA).
- **Pacientes con riesgo cardiovascular bajo o moderado** se iniciará tratamiento como segunda elección si los cambios en el estilo de vida no surten efecto (recomendación clase IIB).

Recordar

- La decisión de iniciar tratamiento farmacológico antihipertensivo no solo dependen de las cifras de presión arterial, sino también del riesgo cardiovascular global estimado según las tablas SCORE.

Los objetivos del tratamiento de la HTA son 140/90 mmHg en pacientes < 60 años; 150/90 mmHg en pacientes > 60 años y 130/80 mmHg (solo si presentan buena tolerancia farmacológica) en pacientes diabéticos < 60 años.

Pese a las recomendaciones establecidas, el reciente estudio SPRINT demostró un beneficio cardiovascular neto del control estricto de la presión arterial con objetivo por debajo de 120/80 mmHg con respecto a un manejo más laxo, por lo que actualmente se recomienda dicha diana en todo paciente que tolere adecuadamente la medicación, en especial en pacientes de alto-muy alto riesgo.

Diabetes mellitus

En determinados pacientes se debe realizar cribado de diabetes y prediabetes (Tablas 4.3 y 4.4); en caso de normalidad, se recomienda repetir cada 3 años, y de forma más frecuente según los resultados iniciales y el riesgo.

CRITERIOS PARA LA DETECCIÓN DE DIABETES O PREDIABETES EN ADULTOS ASINTOMÁTICOS

- Se debe considerar la realización de pruebas en adultos con sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ o $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ en individuos asiático-americanos) que tengan uno o más de los siguientes factores de riesgo:
 - Familiar de primer grado con diabetes
 - Origen étnico de alto riesgo (por ejemplo, afroamericano, latino, nativo americano, asiático-americano, isleño del Pacífico)
 - Historia de enfermedad cardiovascular (ECV)
 - Hipertensión ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$ o en terapia para la hipertensión)
 - Nivel de colesterol DL $< 35 \text{ mg/dL}$ ($0,90 \text{ mmol/L}$) y/o nivel de triglicéridos $> 250 \text{ mg/dL}$ ($2,82 \text{ mmol/L}$)
 - Individuos con síndrome de ovario poliquístico
 - La inactividad física
 - Otras condiciones clínicas asociadas con la **resistencia a la insulina** (por ejemplo, obesidad severa, *acantosis nigricans*)
- Las personas con prediabetes ($A1C \geq 5,7\%$ [39 mmol/mol], IGT o IFG) deben hacerse la prueba anualmente
- Las personas a las que se les diagnosticó diabetes *mellitus* gestacional (DMG) deben hacerse pruebas de por vida al menos cada 3 años
- Para todas las demás personas las pruebas deben comenzar a los 35 años
- Si los resultados son normales, las pruebas deben repetirse en intervalos mínimos de 3 años, con la consideración de pruebas más frecuentes según los resultados iniciales y el estado de riesgo
- Personas con VIH

Tabla 4.3. Criterios de cribado de diabetes *mellitus* en personas adultas. Guías ADA 2023.

DETECCIÓN BASADA EN EL RIESGO DE DIABETES TIPO 2 O PREDIABETES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ASINTOMÁTICOS EN UN ENTORNO CLÍNICO

- Se debe considerar la detección en jóvenes* que tienen sobrepeso ($\geq$ percentil 85) u obesidad ($\geq$ percentil 95) y que tienen uno o más factores de riesgo adicionales según la fuerza de su asociación con la diabetes:
- Antecedentes maternos de diabetes o diabetes *mellitus* gestacional (DMG) durante la gestación del niño (A)
 - Antecedentes familiares de diabetes tipo 2 en familiar de primer o segundo grado (A)
 - Origen étnico (nativo americano, afroamericano, latino, asiático americano, isleño del Pacífico) (A)
 - Signos de resistencia a la insulina o afecciones asociadas con la resistencia a la insulina (*acantosis nigricans*, hipertensión arterial, dislipidemia, síndrome de ovario poliquístico o peso al nacer pequeño para la edad gestacional) (B)

*Después del inicio de la pubertad o después de los 10 años, lo que ocurra primero. Si las pruebas son normales, se recomienda repetir las pruebas en intervalos mínimos de 3 años (o con mayor frecuencia si el IMC aumenta o el perfil de factores de riesgo se deteriora). Existen informes de diabetes tipo 2 antes de los 10 años y esto se puede considerar con numerosos factores de riesgo.

Tabla 4.4. Criterios de cribado de diabetes *mellitus* en niños y adolescentes. Guías ADA 2023.

El diagnóstico de la diabetes *mellitus* (DM) siempre se debe realizar con mediciones en plasma, pues las determinaciones capilares no ofrecen la exactitud necesaria.

En caso de presentar clínica compatible una sola determinación en suficiente, en caso contrario se requerirá confirmar con una segunda determinación en otra muestra de sangre, y puede ser con la misma prueba o con otra (Tabla 4.5).



	DIABETES	PREDIABETES
Glucosa en ayunas	> 126 mg/dL*	100-125 mg/dL
Sobrecarga oral de glucosa (75 g)	≥ 200 mg/dL*	140-199 mg/dL
HbA1c	≥ 6,5%*	5,7-6,5%
Glucosa al azar	≥ 200 mg/dL con síntomas clásicos de hiperglucemia (clínica cardinal: poliuria, polidipsia, polifagia, pérdida de peso)	

*En ausencia de clínica, se debe confirmar.

Tabla 4.4. Criterios diagnósticos de diabetes *mellitus*.

Se debe tener en cuenta el término **prediabetes**, que es utilizado para aquellos pacientes que no cumplen los criterios diagnósticos de diabetes, pero sus valores son superiores a los normales. Estos pacientes se encuentran en una situación de mayor riesgo cardiovascular, aunque no tengan el diagnóstico de diabetes, por lo que se deben tener en cuenta el resto de los factores de riesgo cardiovascular.

No existe una concordancia perfecta entre las pruebas. Hay pacientes que tendrán criterios diagnósticos en alguna de ellas y en otras no. De modo habitual, la sobrecarga oral de glucosa (SOG) con 75 g es la prueba con mayor capacidad diagnóstica.

La sobrecarga oral de glucosa con 75 g (tolerancia oral a la glucosa) requiere preparación (dieta rica en hidratos de carbono 3 días antes –en controversia– y 10-12 horas de ayuno). Se administran 75 g de glucosa en 250 mL de

agua (1,75 g/kg de peso en niños), el paciente debe permanecer sentado y sin fumar y se extrae la muestra a las 2 horas.

La glucemia en ayunas es una técnica sencilla y reproducible. Tiene como inconveniente que requiere 8 horas de ayuno y reposo nocturno. En caso de decidir repetir esta prueba se recomienda esperar 3 días.

La HbA1c (hemoglobina glicosilada) es un método sencillo, reproducible, no requiere ayuno y no se altera por situaciones puntuales (enfermedad, cirugía, etc.). Para un diagnóstico correcto se requiere que sea realizado por un método estandarizado (NGSP/DCCT: National Glycohemoglobin Standardization Program / Diabetes Control and Complications Trial). Como inconvenientes, tiene menor sensibilidad; en determinadas personas, hay discordancia con la glucosa media; no se puede utilizar en situaciones de aumento de recambio de glóbulos rojos (anemia falciforme, gestación, hemodiálisis, sangrado reciente, transfusión, tratamiento con eritropoyetina, etc.) ni hemoglobinopatías.

En la primera visita del paciente con diabetes se debe realizar una anamnesis y exploración física exhaustiva. Se debe hacer una exploración completa de los pies y síntomas de claudicación y examinar los pulsos periféricos. Se recomienda revisión oftalmológica, evaluar la excreción urinaria de albúmina (albuminuria) y el volumen de filtrado glomerular estimado (VFG) y de neuropatía periférica en los adultos con diabetes tipo 1 y duración de la diabetes ≥ 5 años y al diagnóstico en diabetes tipo 2. Además, se debe establecer un plan terapéutico (**Figura 4.2**) con unos criterios (**Figura 4.3**) y unos objetivos de control (**Tabla 4.6**).

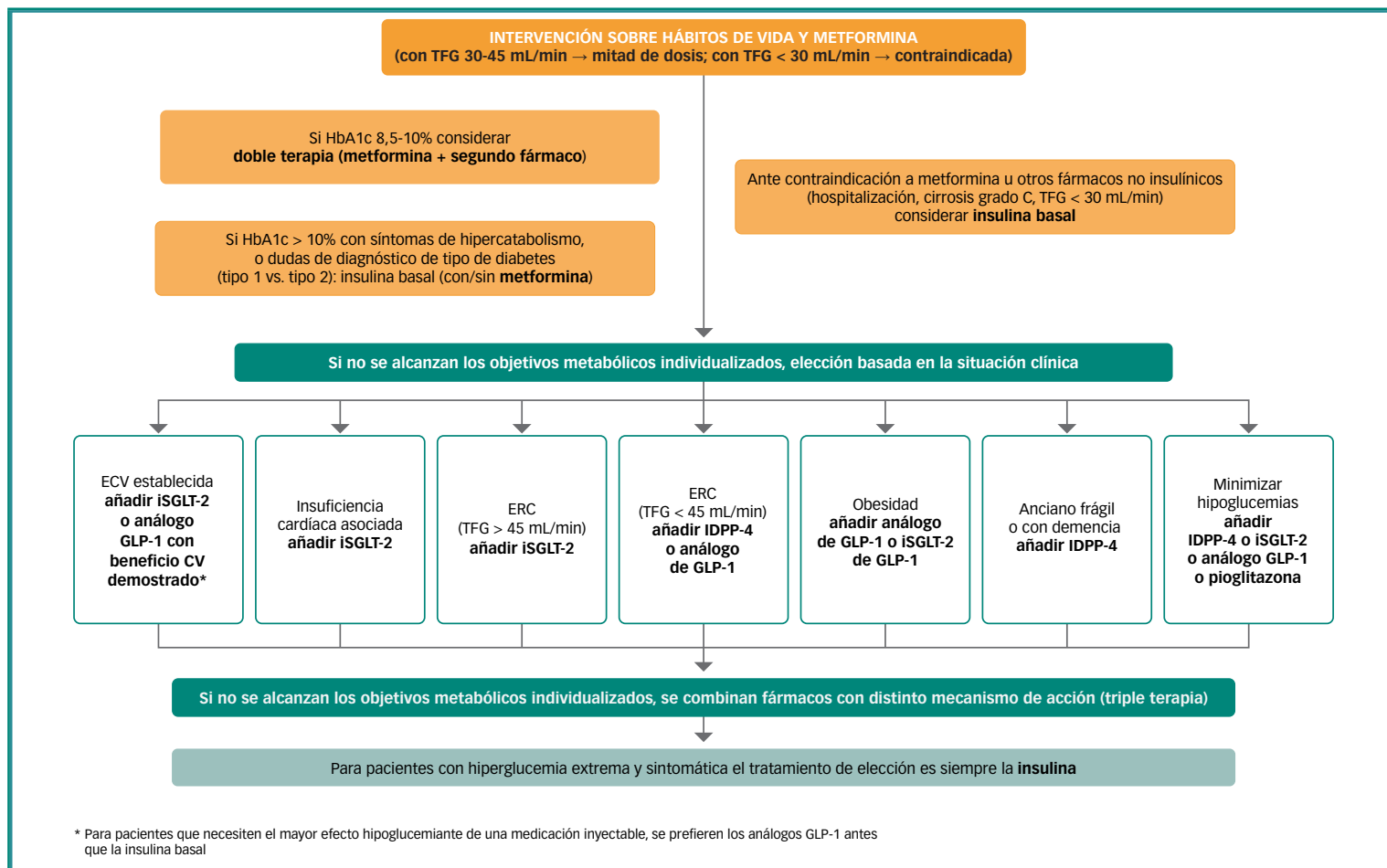


Figura 4.2. Algoritmo de tratamiento de la diabetes *mellitus*.

ERC: enfermedad renal crónica; GLP-1: péptido similar al glucagón tipo 1; IDPP-4: inhibidor de la dipeptidil peptidasa-4; ISGLT-2: inhibidor del cotransportador de sodio-glucosa tipo 2; TFG: tasa de filtrado glomerular.

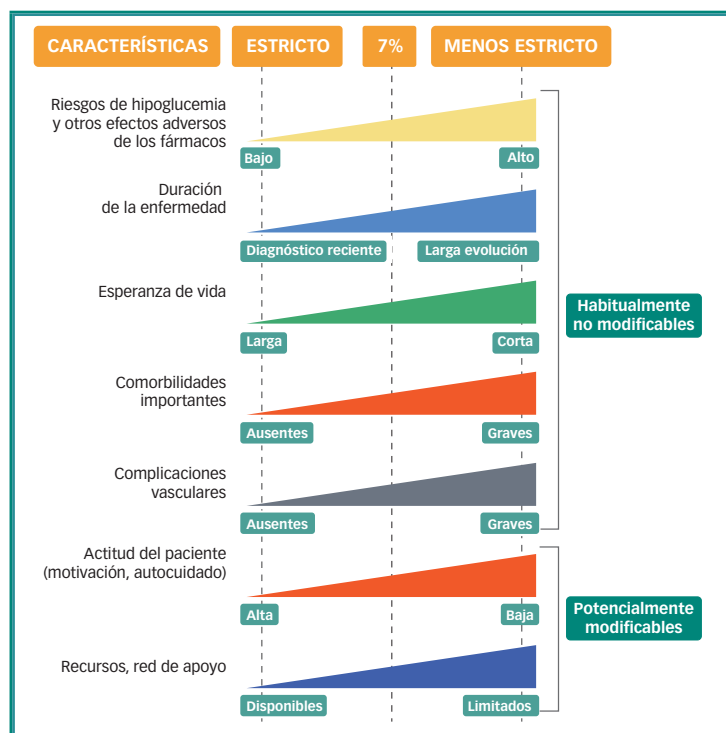


Figura 4.3. Factores que influyen en los objetivos de control de la diabetes *mellitus*.

TIPO DE TRATAMIENTO	CONTROL GLUCÉMICO ESTABLE	CONTROL GLUCÉMICO INESTABLE
Medidas no farmacológicas	0*	1/día o 1 perfil semanal
Fármacos que no provocan hipoglucemias	0*	1/día o 1 perfil semanal
Fármacos que provocan hipoglucemias	1/semana	1/día o 1 perfil semanal
Insulina basal	3/semana	2-3 al día
Insulina bifásica o intermedia en 2-3 dosis	1-3/día	2-3 al día + 1 perfil semanal
Terapia bolo-basal	3-4/día + 1 perfil semanal	4-7/día
Bomba de infusión de insulina	4-10/día	- Individualizar - Valorar monitorización continua

*Valorar de forma temporal o como herramienta de educación diabetológica

Tabla 4.6. Control glucémico en función del tratamiento para la diabetes *mellitus*.

En las visitas sucesivas se tiene que confirmar el tratamiento que está tomando el paciente, si ha tenido efectos adversos del mismo, confirmar el cumplimiento de las modificaciones del estilo de vida y la presencia y frecuencia de hipoglucemias, entre otros.

Al inicio y anualmente también se debe solicitar analítica completa con perfil lipídico, transaminasas, función renal, hormona estimulante de la tiroides (TSH) en pacientes con DM tipo 1, vitamina B₁₂ en pacientes en tratamiento con metformina y potasio en sangre en pacientes con medicación antihipertensiva que pueda alterarlo.

Tanto en la primera visita como anualmente se deben evaluar las complicaciones crónicas. La principal causa de muerte en los pacientes diabéticos es la macroangiopatía.

Recuerda

- La principal causa de muerte en los pacientes diabéticos es la macroangiopatía.

Las **complicaciones macrovasculares** son de origen aterosclerótico de vasos de mediano y gran calibre. La DM condiciona una **aparición más precoz, una mayor extensión y una evolución más agresiva**.

Además, afecta más a mujeres que a varones. Está también relacionada con la dislipidemia aterogénica (hipertrigliceridemia, HDL bajo, LDL pequeñas y densas) típica del paciente diabético.

Los pacientes con prediabetes tienen mayor riesgo que la población general. No se recomienda el **cribado de macroangiopatía en pacientes asintomáticos**.

Las **complicaciones microvasculares** son la **retinopatía, neuropatía y pie diabético**. El estudio UKPDS (*UK Prospective Diabetes Study*) mostró que el descenso de la HbA_{1c} de 7,9% a 7,0% origina con una reducción del 25% de las complicaciones microvasculares.

La **retinopatía diabética** es la complicación microvascular más frecuente en los pacientes con DM. En la actualidad es la principal causa de ceguera en personas entre los 20 y 74 años en los países desarrollados.

La **neuropatía diabética** está presente en el 7,5% de los pacientes con DM recién diagnosticados, elevándose hasta el 40-50% en los pacientes con más de 10 años de evolución de la enfermedad. Hasta en el 50% pueden ser asintomáticos y aumenta el riesgo de pie diabético. Lo más frecuentes es que sea distal, bilateral, simétrica y sensitiva.

El **pie diabético** es la **complicación con prevención más fácil**, y es la causa más frecuente de amputación no traumática.

En cuanto al control glucémico, se considera de forma general como buen control una HbA_{1c} < 7%, aunque este objetivo de control debe individualizarse según las características del paciente, pudiendo establecer un control más estricto (< 6,5%) en pacientes sin hipoglucemias, con corta evolución de su diabetes y sin polifarmacia, o menos estricto (< 8%) en pacientes con hipoglucemias frecuentes, graves o inadvertidas, con complicaciones avanzadas o con corta esperanza de vida (**Tabla 4.7**).

OBJETIVOS DE CONTROL	
HbA _{1c}	< 7%
Glucemia basal/preprandial	70-130 mg/dL
Glucemia posprandial	< 180 mg/dL
LDL	< 100 mg/dL
HDL	> 50 mg/dL en mujeres; > 40 mg/dL en varones
Triglicéridos	< 150 mg/dL
Presión arterial (PA)	< 130/80 mmHg

Tabla 4.7. Objetivos de control en diabetes *mellitus* ▶ MIR 15-16, 84.



Recomenda

- Se considera un buen control una HbA1c < 7%, aunque se puede establecer un control más estricto (< 6,5%) en pacientes sin hipoglucemias, con corta evolución de su diabetes y sin polifarmacia o menos estricto (< 8%) en pacientes con hipoglucemias frecuentes, graves o inadvertidas, con complicaciones avanzadas o con corta esperanza de vida.

Dislipidemia

Es universalmente conocido que existe una relación lineal entre los niveles séricos de colesterol y el riesgo de eventos cardiovasculares.

La dislipemia secundaria es más frecuente y entre sus causas está la resistencia insulínica asociada al síndrome metabólico. Dentro de las causas farmacológicas más típicas de hiperlipidemia significativa destacan los anticonceptivos orales e inhibidores de la proteasa utilizados para el tratamiento del VIH.

El inicio del tratamiento depende del riesgo cardiovascular global del paciente, dado nuevamente por las tablas SCORE (Tabla 4.8).

En los individuos con riesgos bajo y moderado se recomienda una aproximación inicial basada en cambios en el estilo de vida, considerando fármacos únicamente en niveles de lípidos elevados y/o ante la ausencia de control.

Sin embargo, para pacientes con riesgo cardiovascular elevado o muy elevado se recomienda una aproximación agresiva de cara al inicio precoz de tratamiento hipolipemiante y con objetivos ambiciosos puesto que, cuanto más bajo es el nivel alcanzado, más seguro es para el paciente.

Los objetivos de LDLc vienen determinados por el riesgo cardiovascular estimado o la situación clínica asociada (Tabla 4.9).

Recomenda

- Los objetivos de LDLc dependen del riesgo cardiovascular y la situación clínica.

RIESGO CV ESTIMADO SCORE	NIVELES DE LDLC				
	< 70 mg/dL	70-100 mg/dL	100-155 mg/dL	155-190 mg/dL	> 190 mg/dL
< 1%	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida, considerar fármaco si no se controla
1-5%	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida, considerar fármaco si no se controla	Cambios en el estilo de vida, considerar fármaco si no se controla	Cambios en el estilo de vida, considerar fármaco si no se controla
5-10% (alto riesgo)	Cambios en el estilo de vida	Cambios en el estilo de vida, considerar fármaco si no se controla	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico
> 10% (muy alto riesgo)	Cambios en el estilo de vida, considerar fármaco si no se controla	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico	Cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico

Tabla 4.8. Recomendaciones terapéuticas en función de los niveles de LDLc y riesgo cardiovascular estimado SCORE.

RIESGO CV	SITUACIÓN CLÍNICA	OBJETIVOS
Muy alto	- Enfermedad cardiovascular documentada (uno de los siguientes): - Clínica: síndrome coronario agudo (infarto agudo de miocardio [IAM] o angina inestable), angina estable, revascularización coronaria, ictus, accidente isquémico transitorio [AIT] y/o enfermedad arterial periférica - Imagen: placa coronaria en angiografía/TC o placa carotídea - DM con (uno de los siguientes): - Daño en órgano diana (microalbuminuria, retinopatía, neuropatía) ≥ 3 factor de riesgo cardiovascular [FRCV] - DM 1 de temprana aparición > 20 años evolución - Enfermedad renal crónica [ERC] grave (ClCr: aclaramiento de creatinina < 30 mL/min/1,73 m²) - SCORE ≥ 10% - Hipercolesterolemia familiar monogénica con ECV o ≥ 1 FRCV	LDLc < 55 mg/dL y una reducción 50% de LDLc inicial
Alto	- Algún factor de riesgo CV marcadamente elevado (colesterol total > 310 mg/dL, LDLc > 190 mg/dL o TA > 180/110 mmHg) - Hipercolesterolemia familiar monogénica sin ECV ni FRCV asociados - DM sin daño en órgano diana con: > 10 años evolución o ≥ 1 FRCV - ERC moderada (ClCr 30-59 mL/min/1,73 m²) - SCORE 5-10%	LDLc < 70 mg/dL y una reducción 50% de LDLc inicial
Moderado	- DM 1 < 35 años o DM 2 < 50 años con una duración de la enfermedad < 10 años sin FRCV - SCORE 1-5%	LDLc < 100 mg/dL
Bajo	SCORE < 1%	LDLc < 115 mg/dL

Tabla 4.9. Objetivos de LDLc en función del riesgo cardiovascular y la situación clínica asociada ► MIR 16-17, 89.



En el arsenal terapéutico hipolipemiante se incluyen (Tabla 4.10):

- **Estatinas o inhibidores de hidroximetilglutaril-coenzima A reductasa (HMG-CoA): fármaco hipolipemiante de elección.** Dado que logran suprimir la síntesis de colesterol endógeno, favorecen un aumento de receptores de LDL, con la consiguiente eliminación del LDLc circulante. Existen muchas estatinas en el mercado, y se pueden clasificar según su potencia:
 1. Potencia alta: rosuvastatina y atorvastatina.
 2. Potencia media: simvastatina, pravastatina, lovastatina y fluvastatina (se incluyen también atorvastatina y rosuvastatina en dosis bajas).
 3. Potencia baja: pitavastatina (estatins de potencia media a dosis bajas).
- **Ezetimiba:** inhibidores selectivos de la absorción de colesterol; **raramente** se usa en **monoterapia** debido a su baja potencia, salvo en casos de intolerancia a las estatins. Sí se utiliza mucho en **combinación con estatins**, donde ya ha demostrado en varios estudios un efecto discreto pero sólido sobre los niveles de colesterol y la morbilidad cardiovascular.
- **Resinas de intercambio:** tienen muy mala tolerancia digestiva, ya que provocan **esteatorrea**. Este motivo **limita su uso** y las relega a un uso compasivo de acuerdo con las últimas guías europeas.

- **Fibratos:** **inhiben la producción de VLDL**, de manera que ejercen una **actividad selectiva** sobre los triglicéridos. Dado que estos fármacos tienen una escasa evidencia a sus espaldas, quedan relegados a un **segundo plano** tras las estatins.
- **Inhibidores de la subtilisina/kexina proproteínconvertasa tipo 9 (iPCSK9).** Los iPCSK9 son 2 fármacos de comercialización muy reciente: **alirocumab y evolocumab**. Producen **inhibición de la enzima que metaboliza el receptor de LDL**, de manera que **los receptores prolongan significativamente su vida media** y recaptan mucho más colesterol para su excreción. Gracias a este efecto, estos fármacos son **capaces de alcanzar reducciones de LDL de más del 60%**, tanto en monoterapia como junto a estatins.

4.3. Síndrome metabólico

Se denomina síndrome metabólico al conjunto de alteraciones metabólicas constituido por la obesidad de distribución central, la disminución de las

FÁRMACO	MECANISMO DE ACCIÓN	PRINCIPAL INDICACIÓN	EFEECTO HIPOLIPEMIANTE	EFECTOS SECUNDARIOS	CONTRAINDICACIONES
Estatins (rosuvastatina, atorvastatina, pitavastatina, simvastatina, pravastatina, lovastatina, fluvastatina)	Inhibición de HMG CoA Reductasa (enzima limitante para la síntesis de colesterol endógeno), aumentando los receptores de LDL, favoreciendo su eliminación plasmática	De elección en el tratamiento de la hipercolesterolemia	↓ LDLc (20-55%, según potencia y dosis) ↑ HDLc 2-10% (mayor con pitavastatina) ↓ TG 7-30% (especialmente rosuvastatina, atorvastatina)	Dolores musculares, artralgias, miopatía (menos frecuente con pravastatina fluvastatina y pitavastatina; más frecuente combinadas con fibratos, especialmente gemfibrozilo) Hepatitis (suspender si ALT > 3 veces rango de normalidad) Aumento riesgo de diabetes (excepto pitavastatina) Interacciones farmacológicas frecuentes (en menor medida las que no se metabolizan por el citocromo P450: pravastatina, rosuvastatina, pitavastatina)	• Niños y embarazadas • Hepatopatía crónica y activa
Ezetimiba	Inhibición de la absorción intestinal de colesterol	Tratamiento de la hipercolesterolemia asociado a estatins o cuando están contraindicadas	↓ LDLc 20% ↑ HDLc < 5% ↓ TG 0-10%	Puede aumentar el riesgo de toxicidad muscular	
Resinas (colestiramina, colestipol, colesvelam)	Se unen a los ácidos biliares en el intestino, bloquean su recirculación enterohepática y disminuyen su cantidad total	Tratamiento de la hipercolesterolemia de segunda línea	↓ LDLc 15-30% ↑ HDLc < 5% ↑ TG posible	Molestias gastrointestinales Disminución absorción de vitaminas liposolubles y otros fármacos	Hipertrigliceridemia > 500 mg/dL
Inhibidores de la proteína PCSK9 (evolocumab, alirocumab)	Nuevos fármacos, anticuerpos monoclonales (de administración subcutánea) que al inhibir la proteína PCSK9 disminuyen la degradación de los receptores de LDL, favoreciendo su mayor recirculación	• Tratamiento de la hipercolesterolemia en combinación con estatina cuando no se alcanzan objetivos o cuando las estatins no se toleran o están contraindicadas • Tratamiento de la hipercolesterolemia familiar homocigótica en combinación	↓ LDL -c 60% (son los fármacos de mayor potencia)	Nasofaringitis, infecciones respiratorias del tracto superior Lumbalgia, artralgias Reacciones locales en zona de inyección	
Fibratos (fenofibrato, gemfibrozilo, bezafibrato)	Unión a los receptores nucleares eceptores activados por proliferadores de peroxisoma [PPAR] alfa, inhibiendo la producción de VLDL y aumentando su depuración	Tratamiento de la hipertrigliceridemia, de primera elección	↓ TG 20-50% ↑ HDLc 5-35% ↓ LDLc 5-20% (puede ↑ en hipertrigliceridemias graves)	Molestias gastrointestinales Colelitiasis Miopatía, más frecuente asociados a estatina (fenofibrato es el de menor toxicidad muscular)	Enfermedad hepática y renal graves

ALT: alanina-transaminasa; HDLc: colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad; PCSK9: proproteína convertasa-subtilisina Kexina tipo 9; PPAR: receptor activado por proliferadores de peroxisoma; TG: tiroglobulina; VLDL: lipoproteína de muy baja densidad.

Tabla 4.9. Tratamiento hipolipemiante.



concentraciones del colesterol unido a las lipoproteínas de alta densidad (HDLc), la elevación de las concentraciones de triglicéridos, el aumento de la presión arterial (PA) y la hiperglucemia.

El síndrome metabólico se está convirtiendo en uno de los principales problemas de salud pública del siglo XXI.

Asociado a un incremento de 5 veces en la prevalencia de diabetes tipo 2 y de 2-3 veces en la de enfermedad cardiovascular (ECV).

Los adultos con un factor de riesgo cardiovascular mayor deben ser evaluados para descartar la presencia asociada de otros factores. El diagnóstico de síndrome metabólico se establece cuando se cumplen al menos 3 de los 5 criterios de la ATP-III.

El principal objetivo del ATP-III fue identificar el riesgo de enfermedad cardiovascular en los individuos con síndrome metabólico, y sus criterios son aplicables con facilidad en la clínica diaria y están basados en la evidencia

► MIR 22-23, 190.



Manejo general del paciente con conducta adictiva y tabaquismo

Orientación MIR

La deshabituación del hábito tabáquico es uno de los objetivos que todo médico de familia debe tener con sus pacientes fumadores. Este tema te ayudará a saber cómo ayudar a tu paciente de la mejor manera para desengancharse del tabaco o cualquier otra sustancia.

Preguntas MIR

► MIR 23-24; 192

► MIR 22-23, 50

► MIR 20-21, 53

Conceptos clave

- El modelo transteórico (MTT) de Prochaska y DiClemente es uno de los más aplicados para todo tipo de comportamientos adictivos. Describen cinco etapas en el proceso de cambio de conducta (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) que pueden culminar en una remisión estable o en una recaída.
- El tabaco es la causa aislada principal de mortalidad, morbilidad y discapacidad prematura evitable en el mundo desarrollado.
- En los fumadores, hay que evaluar su relación con el tabaco:
 - Grado de dependencia de la nicotina (por ejemplo, test de Fagerström); el estadio del proceso de cambio en el que se encuentra.
 - Los apoyos y obstáculos que pueden encontrarse en su entorno y el grado de motivación para dejar el tabaco (por ejemplo, test de Richmond).
- Las intervenciones para los pacientes que están listos para dejar de fumar deben ser breves y basadas en las cinco Aes. A la hora del tratamiento se deben realizar intervenciones motivacionales, apoyo social y psicológico e intervención farmacológica. La elección del tratamiento se basa generalmente en las preferencias del paciente tras la discusión con el médico, aunque se suele recomendar citisina, bupropión o terapia sustitutiva con nicotina como primera línea.



5.1. Manejo general del paciente con conducta adictiva

El modelo transteórico (MTT), o teoría de los estadios del cambio, de Prochaska y DiClemente, desarrollado inicialmente para el tratamiento del tabaquismo, es uno de los más aplicados para todo tipo de comportamientos adictivos. Se describen cinco etapas en el proceso de cambio de conducta (precontemplación, contemplación, preparación, acción y mantenimiento) que pueden culminar en una remisión estable o en una recaída (Figura 5.1).

La **entrevista motivacional** ha demostrado una gran utilidad en la promoción de cambios en el estilo de vida y se basa en cinco principios fundamentales:

- Expresar empatía, mediante la escucha reflexiva y el manejo de la ambivalencia.
- Desarrollar la discrepancia, identificando la diferencia entre la situación actual del paciente y aquella en la que le gustaría estar para actuar como principal motor del cambio.
- Evitar la discusión y la confrontación, buscando mejorar la conciencia sobre la existencia de un problema y la necesidad de hacer algo para cambiarlo.
- Trabajar con las resistencias, intentando ayudar al paciente a que encuentre nuevas perspectivas, sin imponer ninguna *a priori*.
- Fomentar la autoeficiencia, sobre todo la creencia en la posibilidad del cambio y la responsabilidad del paciente en el mismo.

5.2. Tabaco

■ Epidemiología

El consumo de tabaco está muy extendido, tanto en países industrializados como en países en vías de desarrollo. En España, un 38% de la población adulta fuma de forma habitual, con una tendencia histórica hacia la disminución del consumo en hombres y su aumento en mujeres, sobre todo en la población más joven. La edad media de inicio en el consumo se sitúa en los 13 años y el consumo medio se encuentra entre 7-8 cigarrillos al día.

El tabaco es la causa aislada principal de mortalidad, morbilidad y discapacidad prematura evitable en el mundo desarrollado. Cerca del 25% de las muertes prematuras se atribuyen al tabaco. Como principales causas de muerte destacan, sobre todo, el cáncer de pulmón (26,5%), la EPOC (20,9%), la cardiopatía isquémica (12,8%) y otras enfermedades cardiovasculares (9,2%). En lo que se refiere al cáncer de pulmón es muy llamativo el aumento de su incidencia en mujeres.

El tabaquismo es uno de los principales problemas de salud pública y, la intervención en tabaquismo es el patrón oro de las intervenciones preventivas por su alto coste efectividad ▶ MIR 23-24; 192.

Un porcentaje elevado de los fumadores desean dejar el tabaco y muchos de ellos lo intentan cada año. Se recomienda que, al menos una vez cada dos años, el médico de Atención Primaria (AP) pregunte a todos los pacientes (por encima de los 10 años) si fuman; si una persona no ha comenzado a fumar a los 25 años es poco probable que lo haga posteriormente.

■ Definición

La OMS considera **fumador** a toda persona que fuma en el momento actual y ha fumado a diario en los últimos 6 meses; una definición alternativa considera fumador al que fuma actualmente y ha fumado al menos 100 cigarrillos en su vida. En ocasiones, se manejan medidas cuantitativas (paquetes/año) para determinar la exposición al tabaco y valorar su toxicidad, sin que cambie la definición.

Fumador regular es el que fuma a diario y ocasional el que no; exfumador es la persona que lleva un año sin fumar y no fumador es la persona que nunca ha fumado de manera regular más allá de 6 meses seguidos.

■ Diagnóstico

En los fumadores, se deben evaluar cuatro aspectos para describir su relación con el tabaco:

- El **grado de dependencia** a la nicotina (por ejemplo, test de Fagerström) (Tabla 5.1).
- El **estadio del proceso de cambio** en el que se encuentra.
- Los **apoyos y obstáculos** que pueden encontrarse en su entorno.

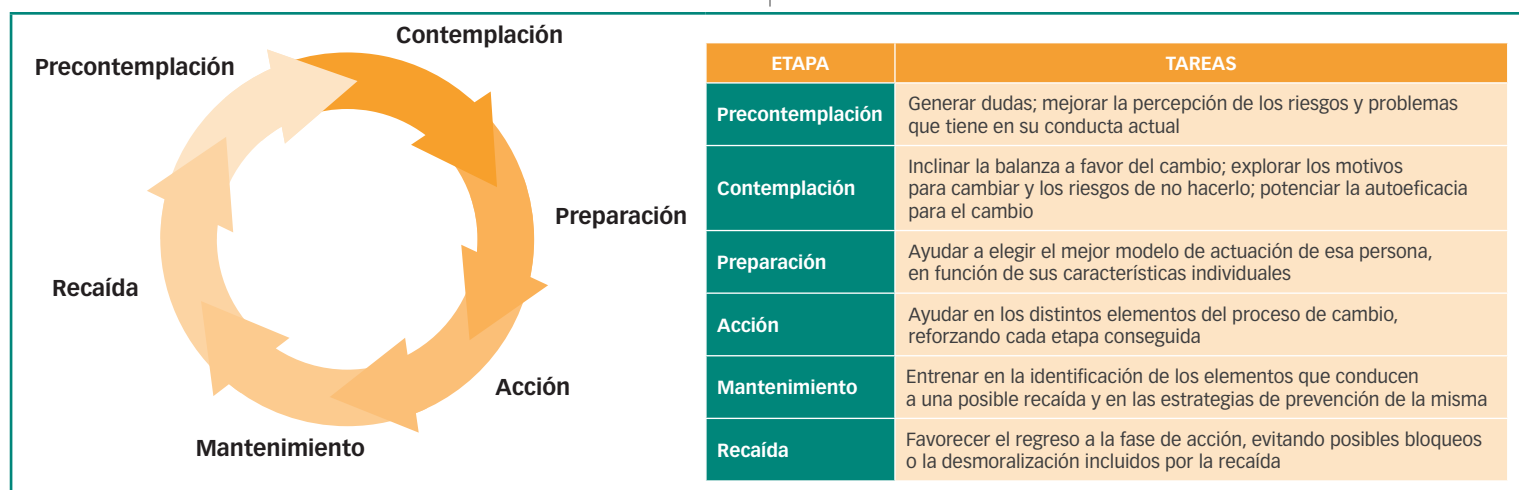


Figura 5.1. Etapas del modelo transteórico



- El **grado de motivación** para dejar el tabaco (por ejemplo, test de Richmond) (Tabla 5.2).

PREGUNTAS	RESPUESTAS	PUNTOS
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	Hasta 5 minutos	3
	Entre 6-30 minutos	2
	31-60 minutos	1
	Más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le costará más dejar de fumar?	El primero de la mañana	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma al día?	10 o menos	0
	11-20	1
	21-30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma, aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0
Puntuación total		
Puntuación menor o igual a 4: baja dependencia. Puntuación con valores entre 5 y 6: media dependencia. Puntuación igual o superior a 7: alta dependencia.		

Tabla 5.1. Test de Fagerström.

¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?	
¿Cuánto interés tiene usted en dejarlo?	
¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?	
¿Cuál es la posibilidad de que usted dentro de los próximos seis meses sea un no fumador?	
0-6	Motivación baja
7-9	Motivación moderada
10	Motivación alta

Tabla 5.2. Test de Richmond.

Tratamiento

Dejar de fumar produce importantes beneficios para la salud, tanto si se han desarrollado enfermedades relacionadas con el tabaco como si no lo han hecho.

La intervención se debe adaptar al paciente concreto que acude a consulta en función del nivel de dependencia, el grado de motivación, etc. (Figura 5.2). Las intervenciones breves, de no más de 3-5 minutos, son muy efectivas, tanto para fumadores activos, con o sin intención de abandonar el consumo, como para personas que han dejado recientemente de fumar.

El panel de expertos voluntarios en materia de medicina preventiva de Estados Unidos (US Preventive Services Task Force, USPSTF) recomienda la adopción de la estrategia de prevención de las **cinco AES** para la ejecución de intervenciones conductuales y de consejo sobre los principales factores de riesgo, con base en revisiones de la evidencia científica **MIR 20-21, 53**.

- Averiguar (Ask):** identificar sistemáticamente a todas las personas fumadoras en cada consulta.

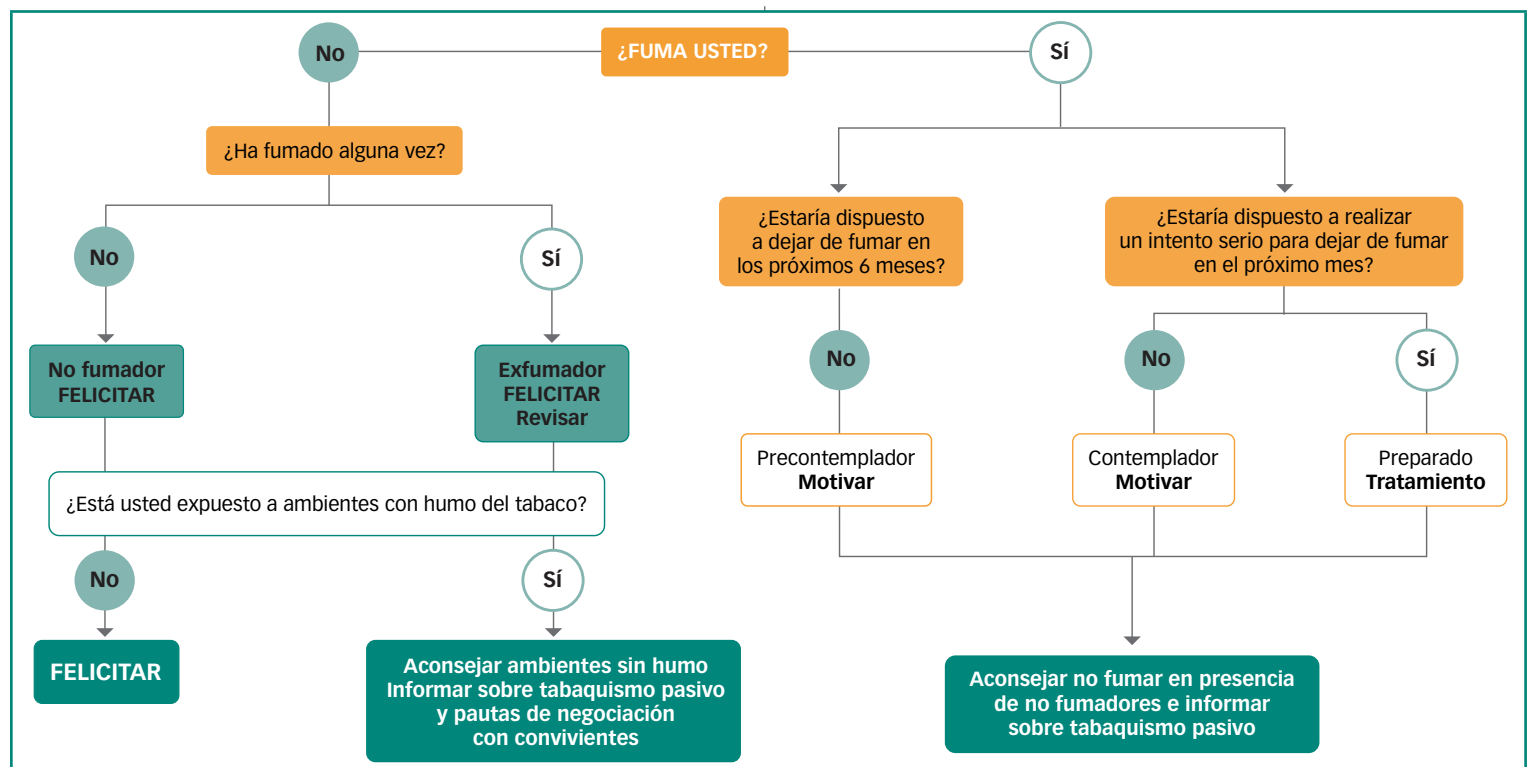


Figura 5.2. Algoritmo de intervención en Atención Primaria para el paciente fumador.



- **Aconsejar** (*Advise*): convencer a todos los consumidores de tabaco que tienen que abandonar el tabaco.
- **Acordar** (*Agree*): determinar la disposición a intentar dejar de fumar.
- **Ayudar** (*Assist*): ayudar al paciente a elaborar un plan para dejar el tabaco.
- **Acompañar** (*Arrange*): programar contactos de seguimiento o derivación a apoyo especializado.

Recuerda

- La intervención en Atención Primaria para llevar a cabo en los pacientes que están listos para dejar de fumar debe ser breve (3-5 minutos) y basarse en el modelo de las **cinco AES**.

La mayoría de las personas que dejan el tabaco no siguen tratamiento alguno. Se deben realizar intervenciones motivacionales, apoyo social y psicológico e intervención farmacológica.

En lo que respecta al tratamiento farmacológico, la elección del mismo se basa generalmente en las preferencias del paciente tras la entrevista con el médico.

Entre las opciones de primera línea tenemos citisina, un tratamiento sustitutivo de la nicotina, y bupropión ► **MIR 22-23, 50**.

- **Terapia sustitutiva con nicotina.** Existen formas de absorción prolongada (parches transdérmicos) o rápida (chicles, aerosoles nasales), que se pueden combinar. Reduce los síntomas de la abstinencia, sobre todo en pacientes con alta dependencia de la nicotina. La equivalencia aproximada sería: 1 cigarrillo = 1 mg de nicotina (sin superar los 60 mg/día). Se puede mantener el tratamiento varios meses, suspendiéndolo de forma progresiva.
No está clara la eficacia en pacientes con patología psiquiátrica grave. Los sustitutivos de nicotina son de elección para los síntomas de abstinencia en fumadores ingresados o que van a ser sometidos a una cirugía debido a su rápida acción.
- **Citisina.** Es un alcaloide vegetal que compite con la nicotina por los mismos receptores y la desplaza gradualmente. Permite una reducción

paulatina de la dependencia de la nicotina mediante el alivio de los síntomas de abstinencia. Se han descrito estudios con mayores tasas de abandono en comparación con tratamiento sustitutivo de nicotina y bupropión. La duración del tratamiento es de 25 días; por tanto, un único envase con 100 comprimidos es suficiente para la realización del mismo.

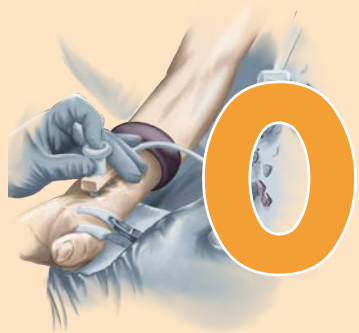
- **Bupropión.** Es un medicamento utilizado como antidepresivo, con acción sobre la recaptación de noradrenalina y dopamina, que también tiene efectos sobre los receptores nicotínicos. Parece menos efectivo que la vareniclina y los sustitutivos de nicotina.
Se presenta en comprimidos de 150 mg y se toma habitualmente 2 veces al día, evitando una toma muy tardía por la posibilidad de que produzca insomnio. Se mantiene el tratamiento cerca de 2 meses, que se puede suspender de forma brusca, pues no genera síntomas de discontinuación.
Se relaciona su uso con la aparición de convulsiones, por lo que se considera contraindicado en pacientes con antecedentes de epilepsia o predisposición a crisis epilépticas. Puede ser una opción para aquellos que no quieren ganar peso.

Recuerda

- La elección del tratamiento se basa generalmente en las preferencias del paciente tras la discusión con el médico, aunque se suele recomendar vareniclina o terapia sustitutiva con nicotina como primera línea.

Existen **unidades de tabaquismo** en muchos hospitales españoles y en algunas entidades sanitarias regionales o locales. En ellas se hacen intervenciones intensivas, tanto individuales como grupales, y se ofrece el tratamiento farmacológico que parezca más adecuado.

Se recomienda **derivar** a estas unidades a pacientes con patología psiquiátrica grave activa, que consuman además otras sustancias, con enfermedades graves relacionadas con el tabaco en los que el abandono del consumo se considere imprescindible o que hayan fracasado tras varios intentos de tratamiento realizados en Atención Primaria.



06

Vacunación en la población adulta

Orientación MIR

Tema potencialmente importante que recoge los aspectos más importantes de la vacunación en la población adulta. Se debe conocer el calendario vacunal, así como los criterios de vacunación en los adultos. Un aspecto clave es el manejo de la profilaxis del tétanos en heridas y la vacunación frente a la enfermedad neumocócica.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- El calendario vacunal del adulto sano recoge tétanos y difteria, triple vírica, varicela, meningococo, hepatitis B, virus papilomavirus, neumococo y gripe.
- La triple vírica y la varicela están contraindicadas en embarazos e inmunodeprimidos.
- Se debe realizar estudio serológico previa vacunación en determinadas circunstancias de la vacuna frente a la varicela y hepatitis B.



Un adulto sano, desde un punto de vista de la vacunación, es toda persona mayor de 15 años que no está incluida en grupos de riesgo de vacunación. Debe aprovecharse cualquier contacto de las personas adultas con el sistema sanitario para informar, revisar y actualizar el estado de vacunación.

Las recomendaciones de vacunación en población adulta deben basarse en la evaluación individual del riesgo de infección en función de la edad, los antecedentes de vacunación personales, la actividad laboral, las conductas de riesgo, las prácticas de riesgo y la planificación de viajes.

6.1. Calendario de vacunación

En la **Tabla 6.1** se recoge el calendario de vacunación en personas adultas sanas.

Las principales enfermedades infecciosas prevenibles con la administración generalizada de vacunas incluyen la difteria, el tétanos, la tos ferina, la poliomielitis, el sarampión, la parotiditis, la rubéola, las hepatitis B, la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b o por neumococo, la enfermedad meningocócica, la gripe, la infección por el virus del papiloma humano y la varicela-herpes zóster (**Tabla 6.2**).

Se debe realizar estudio serológico previa vacunación en determinadas circunstancias antes de administrar la vacuna frente a la varicela y hepatitis B (**Tabla 6.2**).

ENFERMEDAD INMUNOPREVENIBLE	REALIZAR ESTUDIO SEROLÓGICO SI	MARCADORES	VACUNACIÓN SI RESULTADO NEGATIVO
Varicela*	No tienen antecedentes de padecimiento de varicela o herpes zóster y no aportan documentación de vacunación	IgG	2 dosis VVZ, intervalo de al menos 4 semanas
Hepatitis B	Riesgo elevado de exposición**	AgHBs, anti-HBs, anti-HBc	3 dosis de HB (0, 1 y 6 meses)

TV: vacuna triple vírica. VVZ: vacuna frente a varicela.

* En caso de antecedente de 1 dosis, se administrará la segunda dosis.

** Personas con riesgo elevado de exposición: sexual, contacto de portador de AgHBs: antígeno de superficie del VHB. infección por el VIH, personas que se inyectan drogas o trabajador sanitario con riesgo ocupacional.

Tabla 6.2. Estudio serológico previo a la vacunación en adultos sanos.

■ Tétanos y difteria (Td)

Se debe verificar el estado de vacunación previo y valorar el riesgo individual de tétanos antes de iniciar o completar una pauta de primovacuna con Td en población adulta.

El contacto con los servicios sanitarios, incluidos los de prevención de riesgos laborales, se utilizará para revisar el estado de vacunación y, en caso necesario, se vacunará con Td hasta completar 5 dosis.

VACUNA	GRUPO DE EDAD		
	15 - 18 AÑOS	19 - 64 AÑOS	≥ 65 AÑOS
Tétanos y difteria (Td)	Completar vacunación si menos de 5 dosis con anterioridad	Completar vacunación si menos de 5 dosis con anterioridad	1 dosis de recuerdo Completar si menos de 5 dosis con anterioridad
Triple vírica (TV)	2 dosis si susceptible ¹	2 dosis si susceptible ¹	
Varicela	2 dosis si susceptible ²	2 dosis si susceptible ^{2,3}	
Meningococo (MenC)	1 dosis en no vacunados/as a partir de los 10 años de edad		
Hepatitis B	3 dosis en no vacunados/as, pauta 0, 1 y 6 meses		
VPH	3 dosis en mujeres sin vacunar Pauta 0, 1-2, 6 meses		
Neumococo			1 dosis de VN*
Gripe y COVID	1 dosis anual en convivientes/personas que cuidan a personas de riesgo	1 dosis anual en convivientes/personas que cuidan a personas de riesgo	1 dosis anual ⁴

¹ Se recomienda la vacunación en personas sin historia documentada de vacunación nacidas en España a partir de 1970.

Se administrarán 2 dosis de vacuna triple vírica con un intervalo de 4 semanas entre dosis. En caso de haber recibido una dosis con anterioridad, se administrará solo una dosis de vacuna. La recepción previa de dos dosis de vacuna es sinónimo de inmunidad.

² En quienes no refieran antecedentes de padecimiento de varicela y/o herpes zóster o sean inciertos, se realizará serología a menos que hayan recibido dos dosis de vacuna y/o tuvieran una serología positiva. En susceptibles (IgG negativa) se administrarán 2 dosis con intervalo de 4 semanas entre dosis. En el caso de haber recibido previamente una sola dosis, recibirán una segunda sin necesidad de serología previa.

³ Los casos infrecuentes de personas adultas ≥ 50 años susceptibles deben vacunarse frente a varicela con dos dosis.

⁴ Gripe y COVID: una dosis en mayores, preferentemente a partir de los 60 años de edad.

* Vacunación frente a neumococo a los 65 años de edad.

Tabla 6.1. Calendario de vacunación en adultos sanos.



En **personas adultas no vacunadas con anterioridad o vacunadas de manera incompleta**, se recomienda seguir la siguiente pauta: la primera dosis con Td tan pronto como sea posible, la segunda dosis al menos 4 semanas tras la primera, la tercera dosis al menos 6 meses tras la segunda.

Se contabilizará cualquier dosis anterior administrada y se completará la pauta de primovacuna hasta las 3 dosis. Posteriormente, se administrarán 2 dosis de recuerdo con un intervalo de entre 1 y 10 años entre dosis hasta completar un total de 5 dosis (Tabla 6.3).

Las personas con vacunación incompleta deben recibir las dosis necesarias hasta alcanzar un total de 5 dosis, incluida la primovacuna con 3 dosis.

PRIMERA DOSIS	SEGUNDA DOSIS	TERCERA DOSIS	PRIMER RECUERDO (CUARTA DOSIS)	SEGUNDO RECUERDO (QUINTA DOSIS)
Tan pronto como sea posible	Al menos 1 mes tras la primera dosis	Al menos 6 meses tras la segunda dosis	10 años (mínimo 1 año tras la tercera dosis)	10 años (mínimo 1 año tras la cuarta dosis)

*Se utilizará vacuna Td.

Tabla 6.3. Pauta de vacunación frente a tétanos en población adulta no vacunada.

Se recomienda una dosis de recuerdo (Td) en torno a los 65 años en personas vacunadas correctamente en infancia y adolescencia según el calendario vigente (al menos 5 dosis frente a tétanos y difteria).

Se recomienda una dosis de vacuna trivalente acelular (DTPa) en cada embarazo a partir de la 27 semana de gestación, aunque preferentemente en la semana 27 o 28.

En el abordaje de **la profilaxis de tétanos ante heridas** deben considerarse las características de la herida, el número de dosis de vacuna antitetánica recibidas con anterioridad y el tiempo desde la última dosis de vacuna administrada.

Se consideran heridas potencialmente tetanígenas: heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (en particular donde ha habido contacto con suelo o estiércol), contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, lesiones por congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica (y que se retrase 6 horas o más) y aquellas que se presenten en pacientes con sepsis.

La vacunación debe acompañarse de la administración, a la mayor brevedad posible y cuando así se requiera, de gammaglobulina antitetánica. Cuando la herida está muy contaminada (herida tetanígena de alto riesgo), e independientemente de la historia de vacunación, será necesario emplear inmunoglobulina (IGT).

Además, se debe vacunar en función de los antecedentes de vacunación:

- < 3 dosis o desconocida: completar primovacuna.
- 3 o 4 dosis: si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis.
- 5 o más dosis: si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida (Tabla 6.4).

ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN	HERIDA LIMPIA		HERIDA POTENCIALMENTE TETANIGENA ^{A,1}	
	VACUNA (TD)	IGT ^B	VACUNA (TD)	IGT ^B
< 3 dosis o desconocida	SÍ (completar primovacuna)	NO	SÍ (completar primovacuna)	SÍ
3 o 4 dosis	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis de recuerdo)	NO	NO (si hace más de 5 años desde la última dosis, administrar una dosis)	NO ²
5 o más dosis	NO	NO	NO (si hace más de 10 años de la última dosis, valorar la administración de una única dosis adicional en función del tipo de herida)	NO ²

^{a)} En caso de **inmunodepresión y personas que se inyectan drogas**, se administrará una dosis de inmunoglobulina en heridas potencialmente tetanígenas, independientemente del estado de vacunación.

^{b)} **IGT:** inmunoglobulina antitetánica. Se administrará en lugar separado de la vacuna. En general se administran 250 UI. Si han transcurrido más de 24 horas, en personas con más de 90 kg de peso, en heridas con alto riesgo de contaminación o en caso de quemaduras, fracturas o heridas infectadas, se administrará una dosis de 500 UI.

¹⁾ **Heridas potencialmente tetanígenas:** heridas o quemaduras con un importante grado de tejido desvitalizado, herida punzante (en particular donde ha habido contacto con suelo o estiércol), contaminadas con cuerpo extraño, lesiones cutáneas ulceradas crónicas (especialmente en diabéticos), fracturas con herida, mordeduras, lesiones por congelación, aquellas que requieran intervención quirúrgica (y que se retrase 6 horas o más) y aquellas que se presenten en pacientes con sepsis.

²⁾ Aquellas heridas potencialmente tetanígenas contaminadas con gran cantidad de material que puede contener esporas y/o que presente grandes zonas de tejido desvitalizado (heridas de alto riesgo), recibirán una dosis de inmunoglobulina.

Tabla 6.4. Pauta de profilaxis de tétanos en heridas

Recuerda

- Ante una herida tetanígena de alto riesgo será necesario emplear inmunoglobulina y valorar vacunar en función de los antecedentes de vacunación.

Sarampión, parotiditis y rubéola (triple vírica)

Se recomienda la vacunación con dos dosis de TV con un intervalo entre dosis de al menos 4 semanas, a las personas nacidas en España a partir de 1970 y sin historia de vacunación con TV (las personas nacidas antes de 1970 han padecido probablemente el sarampión). Si hubieran recibido con anterioridad una dosis, se administrará una segunda, siempre respetando el intervalo citado anteriormente.

Está **contraindicada** la vacunación de **embarazadas y personas inmunodeprimidas**. Las mujeres en edad fértil deben evitar el embarazo en las cuatro semanas siguientes a la vacunación. No es necesario realizar serología de rubéola en mujeres con historia documentada de recepción de al menos una dosis de vacuna triple vírica.



Hepatitis B

Se recomienda la vacunación frente al VHB a las personas ≤ 18 años que no se hayan vacunado con anterioridad, con pauta de tres dosis (0, 1, 6 meses). En el resto de las personas adultas solo está indicada la vacunación en personas con riesgo personal u ocupacional de adquirir la infección y en profilaxis postexposición percutánea a fluidos corporales infectados (Tabla 6.5).

Además de la vacuna, se recomienda administrar gammaglobulina hiperinmune antihepatitis B en las siguientes situaciones:

1. Recién nacido de madre portadora.
2. Exposición accidental percutánea o sexual, en persona no inmunizada.

HEPATITIS B
• Contactos familiares de portadores de AgHBs+ • Residentes y trabajadores en instituciones para disminuidos mentales • Reclusos y personal que trabaja en instituciones penitenciarias • Homosexuales/heterosexuales/bisexuales con múltiples contactos sexuales (más de una pareja en los últimos 6 meses) • Personas que ejercen la prostitución • Personas con infecciones de transmisión sexual (ITS) de repetición y sus parejas • Pacientes con hepatopatía crónica, incluida la hepatitis C crónica • Infección por VIH • Receptores de transfusiones de sangre/hemoderivados de manera repetida • Pacientes con insuficiencia renal en prediálisis/diálisis • Pacientes en programa de trasplantes • Personas con riesgo ocupacional (contacto con sangre fluidos corporales: personal sanitario, y otros trabajos relacionados) • Personas que practican punciones percutáneas (usuarios de drogas parenterales, tatuajes, <i>piercing</i>, acupuntura, etc.) • Personas que viajen a países endémicos (o procedan de países con alta endemidad: prevalencia $> 2\%$)

Tabla 6.5. Indicaciones para la vacuna de la hepatitis B en el adulto.

Gripe

Las vacunas frente a la gripe contienen tres o cuatro cepas de virus de la gripe (dos tipo A y una o dos tipo B, respectivamente) e incorporan los virus que con mayor probabilidad circulan en cada temporada epidémica, según estimaciones realizadas anualmente desde la OMS.

El riesgo de enfermedad grave por gripe es mayor en menores de seis meses de edad, en mayores de 65 años, en personas con inmunosupresión y/o enfermedades subyacentes, como enfermedades respiratorias, cardíacas y neurológicas crónicas y embarazadas.

Se recomienda la vacunación con una dosis durante la campaña anual a las personas mayores preferentemente a partir de los 65 años y personas sanas que convivan o cuiden a personas de riesgo en los que está recomendada la vacunación. Además, se recomienda la vacunación en embarazadas y en ciertas ocupaciones consideradas esenciales y otras y en personas con conductas de riesgo (Tabla 6.6).

Además de los anteriores, se recomienda la vacunación frente a Gripe a:

- Población infantil entre 6-59 meses de edad.
- Personas de 5 a 59 años de edad que presentan un mayor riesgo de complicaciones derivadas de la gripe:
 - Personas de 5-18 años de edad que reciben tratamiento prolongado con AAS, por la posibilidad de desarrollar un síndrome de Reye tras la gripe.
 - Personas fumadoras.

PERSONAS CON EDAD ≥ 60 -65 AÑOS

Personas con edad < 60 años, y riesgo elevado de complicaciones derivadas de la gripe:

- Enfermedades crónicas
- Enfermedades cardiovasculares (excluida HTA)
- Enfermedades pulmonares (EPOC, asma, fibrosis, etc.)
- Hepatopatía crónica
- Insuficiencia renal crónica/diálisis
- Hemoglobinopatías y anemias
- Diabetes *mellitus*
- Obesidad mórbida (IMC ≥ 40)
- Asplenia anatómica o funcional
- Enfermedad neuromuscular grave
- Enfermedades autoinmunitarias.
- Inmunodeprimidos (fármacos, infección VIH, trasplante cáncer, etc.)
- Implante coclear
- Enfermedades neurológicas con alteración cognitiva (demencia, síndrome de Down, etc.)
- Residentes en instituciones cerradas (residencia ancianos, media-larga estancia, etc.)
- Niños/niñas y adolescentes (6 meses a 18 años) en tratamiento crónico con salicilatos
- Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación (durante la temporada de gripe)

TRABAJADORES DE CENTROS SANITARIOS, RESIDENCIAS DE ANCIANOS Y HOSPITALES DE ENFERMOS CRÓNICOS CUIDADORES O CONVIVIENTES CON PACIENTES DE RIESGO O ANCIANOS

- **Personas que trabajan en servicios públicos** (personal sanitario, bomberos, policías, protección civil, maestros, etc.)
- **Viajeros internacionales** (zonas del trópico durante todo el año, y hemisferio sur entre abril y septiembre)
- **Personas que trabajan/en contacto con aves** (granjas avícolas), **cerdos** o, incluso, **aves silvestres**

Tabla 6.6. Indicaciones para la vacuna de gripe en el adulto.

Enfermedad neumocócica

En la actualidad se disponen de dos vacunas para la edad adulta, la polisacárida de 23 serotipos (VNP23) y la conjugada de 13 serotipos (VCN13). Se ha observado efectividad de VNP23 frente a enfermedad neumocócica invasora (ENI), pero sigue en debate su efectividad frente a la neumonía neumocócica (NN). La vacuna VCN13 ha mostrado efectividad en la prevención de ENI y NN causada por la mayoría de los 13 serotipos en ella incluidos.

Se recomienda la vacunación frente a neumococo en mayores, consistente en la vacunación sistemática a partir de los 65 años con VNP23. La vacuna conjugada VCN13 está indicada en la población adulta de grupos de riesgo. En la actualidad, la mayoría de las recomendaciones abogan por el uso secuencial de VNP23 y VCN13, comenzando por VCN13. Según las recomendaciones de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, en los pacientes mayores, se recomienda en VCN13 y VNP23 con un intervalo entre ambas mínimo de 1 año.

La **vacuna antineumocócica de polisacáridos de 23 serotipos (VNP23)**. La pauta es 1 dosis (intramuscular o subcutánea), a partir de los 65 años sin factores de riesgo añadidos, adultos inmunocompetentes con patología de base y adultos inmunodeprimidos. En general, no se recomienda la revacunación rutinaria ("recuerdo" a los 5 años de la primera dosis), excepto en:

1. Mayores de 65 años si han recibido dos dosis de VNP23 antes de los 64 años, siempre que hayan transcurrido 5 o más años desde la dosis anterior.



2. Personas con riesgo elevado de infección neumocócica grave, con independencia de la edad a la que fueron vacunados.

La **vacuna antineumocócica conjugada de 13 serotipos (VCN13)**. La pauta es 1 dosis única (intramuscular) en la población adulta de grupos de riesgo, en especial inmunodeprimidos. No está indicada la revacunación. No excluye la vacunación con VNP23. Cuando están indicadas ambas vacunas, se administrará, en primer lugar, la vacuna conjugada (VCN13) seguida, aproximadamente 8 semanas después, de la vacuna de polisacáridos (VNP23); si se hubiera administrado en primer lugar la VNP23, habría que esperar al menos 1 año para administrar la VCN13.

PAUTA DE VACUNACIÓN

VCN13 → ENI + NN → Población adulta de grupos de riesgo

VNP23 → NN → > 65 años

EN ÚLTIMAS RECOMENDACIONES: USO SECUENCIAL

Primero VCN13 → Segundo VNP23 con intervalo mínimo de 1 año

Si administramos primero VNP23 → ESPERAMOS 1 año para poner VCN13

ENI: enfermedad neumocócica invasora; NN: neumonía neumocócica; VCN13: vacuna conjugada de 13 serotipos; VNP23: vacuna polisacárida de 23 serotipos.

Tabla 6.7. Pauta de vacunación contra enfermedad neumocócica.

Recordar

- En la actualidad la mayoría de las recomendaciones defienden por el uso secuencial de VNP23 y VCN13, comenzando por VCN13 con un intervalo de al menos 8 semanas si se administra primero VCN13 y de al menos 1 año si se administra primero VNP23.

Varicela

Se debe vacunar toda persona que no presenta inmunidad frente a virus de la varicela. La evidencia de inmunidad a la varicela en la población adulta incluye cualquiera de los siguientes:

- Documentación de vacunación con dos dosis.
- Antecedentes de varicela.
- Historia de herpes zóster.
- Confirmación serológica (IgG positiva).

En personas adultas sin evidencia de inmunidad a la varicela en la población adulta (no cumplir alguno de los cuatro criterios anteriores), se realizará determinación serológica (IgG). En caso de serología negativa (IgG negativa) se administrarán 2 dosis de vacuna frente a varicela separadas por un intervalo mínimo de 4 semanas (preferiblemente 8 semanas) entre las dosis.

En caso de tener una dosis administrada con anterioridad, solo se administrará una dosis independientemente del tiempo que haya pasado desde la administración de la primera dosis. Las mujeres deberán evitar el embarazo en las 4 semanas siguientes a cada dosis administrada. La recepción previa de dos dosis de vacuna es sinónimo de inmunidad.

Está contraindicada la vacunación en embarazadas y personas inmunodeprimidas.

Recordar

- Se debe vacunar frente a la varicela toda persona adulta que no presente algunos de los siguientes criterios:
 - Vacunación interrumpida: no requiere reinicio salvo si fiebre tifoidea. Completar vacunación lo antes posible.
 - Vacunación incierta o desconocida: solo aceptar aquellas que estén documentadas con fecha de administración.
 - Vacunación y embarazo: no administrar vacunas vivas (triple vírica y varicela).
 - Vacunación y lactancia: todas pueden ser administradas.
 - Vacunación y trastornos de la coagulación: evitar la vía im; de elección vía subcutánea.
 - Vacunación e inmunidad alterada: recomendada especialmente la vacunación antigripal antineumocócica y meningocócica.
 - Contraindicaciones de las vacunas: reacción alérgica grave a alguno de los componentes.

Virus del papiloma humano (VPH)

La vacunación para VPH, según el calendario vacunal, se administra a niñas de 12 años.

Las dosis han de separarse al menos 5-6 meses (según la vacuna utilizada).

- A los 12 años, se vacuna a niños y niñas con dos dosis separadas al menos 6 meses.
- Después de los 12 años y hasta los 18 años, mujeres no vacunadas o vacunadas parcialmente con tres dosis (0; 1-2; 6).

Enfermedad meningocócica

Se recomienda la administración de una dosis de vacuna frente a la enfermedad meningocócica a las personas ≤ 18 años que no hayan recibido una dosis a partir de los 10 años. La captación y vacunación de los adolescentes hasta los 18 años se realizará de manera progresiva.

Herpes zóster (HZ)

En España existen dos vacunas autorizadas: una vacuna atenuada y una vacuna producida por técnicas de recombinación de ADN, compuesta por una glicoproteína (HZ/su).

La vacuna atenuada contiene virus de varicela modificados en el laboratorio para debilitarlos y en una concentración superior que las vacunas de varicela.

Las vacunas autorizadas protegen frente a herpes zóster y la NPH y están indicadas para personas a partir de los 50 años. La pauta de vacunación consiste en dos dosis con un intervalo entre 2-6 meses, que se administran por vía intramuscular.

La vacunación con la vacuna de glicoproteína (HZ/su) se recomienda a personas de 65 años y a personas a partir de los 18 años con un alto riesgo de padecer herpes zóster por presentar las siguientes condiciones:



- Trasplante de progenitores hematopoyéticos.
- Trasplante de órgano sólido.
- Tratamiento con fármacos anti-JAK.
- Infección por VIH.
- Hemopatías malignas.
- Tumores sólidos en tratamiento con quimioterapia.
- Antecedente de dos o más episodios de herpes zóster.

En el momento actual no se recomienda la vacunación frente a HZ en adultos sanos de forma sistemática,

En la actualidad, se vacuna a individuos sanos que no entren dentro de las categorías clínicas citadas que pertenezcan a las cohortes entre 66 y 80 años; se comienza por esta última población.



Cribados y detección precoz del cáncer en Atención Primaria

Orientación MIR

Tema de gran importancia en el que se describen los distintos tipos de despistaje de los cánceres más frecuentes: colon, cérvix y mama. Se recomienda especial atención a este tema, dada su gran relevancia.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- Colon: el cáncer colorrectal (CCR) es en la actualidad el cáncer más frecuentemente diagnosticado en España, con una incidencia de 40.203 nuevos casos en 2023 según la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), que supone el 15% del total de cánceres que se diagnostican. En cuanto a las pruebas en heces, llamados estudios de sangre oculta en heces (SOH), son los únicos que cumplen los requisitos de la OMS para un test de cribado poblacional.
- Cérvix: el cribado del cáncer de cuello uterino se debe iniciar a los 25 años. No hay que iniciar el cribado antes, independientemente de la edad de inicio de las relaciones.
- Mama: la mamografía es la exploración complementaria que ha demostrado mayor eficacia en la detección del cáncer de mama en fase preclínica. El estudio mamográfico que utiliza las dos proyecciones de cada mama ha demostrado ser más eficaz.



7.1. Cribados y detección precoz de los cánceres más frecuentes en Atención Primaria

Se define como cribado a la aplicación de una prueba cuya finalidad es detectar una enfermedad o trastorno potencial en una persona sin síntomas conocidos de esa enfermedad.

■ Cáncer de colon

El cáncer colorrectal (CCR) es en la actualidad el cáncer diagnosticado con más frecuencia en España, con una incidencia de 34.000 nuevos casos en 2017, que supone el 15% del total de cánceres que se diagnostican. En varones, es el segundo tumor más frecuente después del cáncer de próstata; en mujeres es también el segundo en frecuencia tras el cáncer de mama. En cuanto a su tasa de letalidad, es el segundo tumor en número de fallecimientos, tras el cáncer de pulmón.

El principal factor de riesgo de la enfermedad es la edad, con un 90% de los casos diagnosticados en mayores de 50 años; además, la obesidad y el sedentarismo, el consumo de alcohol y las dietas bajas en productos vegetales y altas en carnes rojas y procesadas han demostrado aumentar el riesgo de sufrir la enfermedad. Por último, existen grupos poblacionales de alto riesgo de enfermedad, como son los familiares de pacientes con poliposis intestinales o CCR, así como los pacientes con diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EII).

El 90% de los CCR tiene su origen en adenomas, tras una evolución de entre 10-15 años. La historia familiar, el tipo histológico y el número de adenomas se asocian a un mayor o menor riesgo de desarrollar CCR. Extirpar un adenoma parece disminuir la incidencia de CCR a medio-largo plazo. Al mismo tiempo, el diagnóstico precoz del CCR mejora el pronóstico del mismo, que pasa de una supervivencia en estadio I del 90% a una supervivencia del 8% en estadio IV.

Uno de los aspectos fundamentales en el manejo de la enfermedad consiste en las campañas de prevención mediante el cribado de lesiones premalignas. Estas campañas van dirigidas a adultos asintomáticos mayores de 50 años ▶ MIR 23-24, 191, para la prevención y detección precoz del CCR esporádico, que supone un 70-95% de los casos de CCR, y es aquel que aparece en pacientes sin EII ni historia familiar de riesgo. Clásicamente han sido tres las metodologías validadas para el cribado del CCR: los estudios de sangre oculta en heces, los estudios endoscópicos y los estudios radiológicos.

En cuanto a las pruebas en heces, llamados **estudios de sangre oculta en heces** (SOH), son los únicos que cumplen los requisitos de la OMS para un test de cribado poblacional. Los dos más estudiados son:

- **Test del guayaco (SOHg).** Precisa de ajustes dietéticos, tiene baja sensibilidad, si bien ha demostrado reducir la mortalidad por CCR entre un 15-33%.
- **Test inmunoquímicos (SOHi).** Son más caros que el anterior, pero no precisan de ajuste dietético, y mejoran el cumplimiento. Pueden ser cualitativos o cuantitativos, estos últimos con un punto de corte de 75-100 ng/mL.

Las técnicas endoscópicas utilizadas en campañas de cribado son dos:

- **Rectosigmoidoscopia flexible cada 3-5 años.** Permite la exploración hasta el ángulo esplénico del colon, pero aún no ha presentado datos válidos en cuanto a impacto en la reducción de morbilidad por CCR, aunque su índice de complicaciones es bajo (0-0,03%).
- **Colonoscopia.** Permite la exploración y exéresis de lesiones en la totalidad del intestino grueso. Es la prueba más sensible para la detección de adenomas y carcinomas, aunque no existen estudios prospectivos aleatorizados que hayan medido su impacto en la reducción de la morbilidad por la enfermedad, o sobre el período ideal entre exploraciones. Estudios tras polipectomía en Estados Unidos que usan modelos matemáticos hablan de un 90% de reducción en la incidencia y mortalidad por CCR. Es un test costoso y presenta un porcentaje de complicaciones de entre 3-5 por cada 1.000 estudios. Es el procedimiento de cribado recomendado por el Colegio Americano de Gastroenterología y el *gold standard* al que deben ser referidos los pacientes que den positivo en cualquiera del resto de pruebas descritas.

Como excepciones al programa se encuentran los familiares de primer grado de pacientes con CCR, los síndromes familiares (poliposis adenomatosa familiar, síndrome de Lynch, poliposis hamartomatosa familiar), los pacientes con EII (colitis ulcerosa y enfermedad de Crohn), y los pacientes sintomáticos (clínica con alto valor predictivo de CCR, y al menos 4-6 semanas de duración). Estos pacientes deben ser seguidos en las consultas de Digestivo, donde se realizarán recomendaciones individualizadas de seguimiento mediante colonoscopias periódicas.

En cuanto al cribado con **pruebas radiológicas**, la colonografía por reconstrucción tomográfica (TC) tiene una sensibilidad similar a la colonoscopia para la detección de lesiones grandes (> 10 mm), pero la sensibilidad cae para el diagnóstico de pólipos pequeños (< 5 mm) o sésiles. Además, no existe aún suficiente nivel de evidencia sobre su efectividad en la prevención y el diagnóstico precoz de CCR, su balance coste-efectividad, así como sobre su seguridad respecto a los riesgos asociados a la radiación.

En cuanto al **enema opaco con doble contraste**, su sensibilidad para la detección de adenomas está muy por debajo de la colonoscopia y TC, con casi un 25% de carcinomas no detectados por esta técnica.

■ Cáncer de cérvix

El objetivo fundamental del cribado es reducir la incidencia y la mortalidad por cáncer de cérvix. Idealmente, el cribado debe identificar a las mujeres con infecciones por VPH o lesiones cervicales precursoras con mayor riesgo de progresión a cáncer invasor (máximo beneficio).

El cribado del cáncer de cuello uterino se debe iniciar a los 25 años. No hay que iniciar el cribado antes, con independencia de la edad de inicio de las relaciones. La incidencia de cáncer de cérvix por debajo de 25 años es extremadamente baja y el cribado sistemático no ha demostrado ningún beneficio en la reducción de la incidencia.

Por otra parte, el cribado del cáncer cervical debe finalizar a los 65 años siempre que se cumplan los siguientes criterios:

- Cribado previo adecuado y negativo durante los 10 años previos.
- No antecedente de neoplasia intraepitelial cervical (CIN) o cáncer de cérvix tratado durante los 20 años previos.



Cribado en mujeres entre 25–30 años

Debe llevarse a cabo únicamente con citología y en caso de resultado negativo repetirla cada 3 años hasta los 30 años.

Cribado en mujeres entre 30–65 años

Debe realizarse con una prueba de VPH clínicamente validada cada 5 años. Las pruebas de VPH poseen un elevado valor predictivo negativo, cercano al 99%, en mujeres mayores de 30 años. Esto significa que una determinación negativa se traduce en una muy baja probabilidad de tener una lesión $\geq$ a lesión escamosa intraepitelial de alto grado/neoplasia intraepitelial cervical escamosa 2 (HSIL/CIN2) actual y en los próximos 5-7 años. En este grupo de edad el cribado exclusivo con citología solo debería justificarse por la falta de recursos e infraestructura que impida la implementación de la prueba de VPH.

Cribado en subgrupos especiales

Se consideran los siguientes subgrupos:

- **Mujeres con histerectomía total previa por patología benigna:** deben finalizar el cribado tras la histerectomía, independientemente de la edad, la existencia o no de cribado previo o factores de riesgo sexual.
- **Mujeres con antecedente de lesión $\geq$ a HSIL/CIN2** que han sido tratadas, una vez se derivan al cribado rutinario: deben realizar seguimiento durante un mínimo de 20 años.
- **Mujeres inmunodeprimidas:** las pacientes con inmunodepresión congénita o adquirida, o las pacientes con infección VIH son altamente susceptibles a la infección persistente por VPH y tienen mayor riesgo de desarrollar lesiones precursoras o cáncer de cérvix. Citología anual a partir de los 21 años. A los 30 años: cotest.
- **¿Cuál debe ser nuestra conducta ante resultados anormales en las pruebas de cribado?**
 - **Prueba VPH positiva:** ante una prueba VPH positiva hay que realizar una citología en medio líquido.
 - **Atipia en células escamosas de significado incierto (ASC-US):** representa la alteración citológica más común, se deberá solicitar prueba VPH (citología en medio líquido).
 - **Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (LSIL):** se debe solicitar colposcopia.
 - **Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (HSIL):** se debe solicitar colposcopia.

Recordar

- El cribado del cáncer de cuello uterino se debe iniciar a los 25 años. No hay que iniciar el cribado antes, con independencia de la edad de inicio de las relaciones. La incidencia de cáncer de cérvix por debajo de 25 años es extremadamente baja.

La vacunación sistemática frente al virus del papiloma humano (VPH) se considera actualmente la intervención más eficaz y efectiva para el control de la infección y la prevención de la carga de enfermedad asociada al VPH. Las vacunas frente al VPH están constituidas por partículas no infecciosas similares al virus (VLPs, acrónimo del inglés *Virus-Like Particles*).

En la actualidad se dispone de tres vacunas frente al VPH: la bivalente, la tetravalente y la nonavalente. La vacuna bivalente está constituida por VLPs de los genotipos 16 y 18, la vacuna tetravalente contiene además VLPs de los tipos 6 y 11. La última vacuna desarrollada es la vacuna nonavalente, que incluye VLPs de los 4 genotipos de VPH incluidos en la tetravalente (16, 18, 6 y 11) así como VLPs de los tipos 31, 33, 45, 52 y 58, responsables de un 20% adicional de casos de cáncer de cuello de útero, alcanzando un potencial preventivo total para dicha neoplasia de un 90%.

Las vacunas frente al VPH previenen la infección de los virus que contiene (eficacia profiláctica) pero no modifican la historia natural de las infecciones en curso por los tipos de VPH incluidos en las vacunas (no han demostrado eficacia terapéutica), por lo que el potencial preventivo es mayor cuando se aplican a personas no expuestas.

- **Vacunación frente al VPH en mujeres mayores de 25 años:** pueden beneficiarse de la vacunación frente a VPH, independientemente de si presentan infección por algún tipo de VPH.
- **Vacunación frente al VPH en mujeres con lesiones cervicales premalignas:** se recomienda la vacunación frente a VPH en mujeres tratadas por lesiones cervicales premalignas.

No existen estrategias de cribado poblacional del cáncer de endometrio, por lo que se debe insistir en la presencia de signos y síntomas de sospecha para el diagnóstico en estadios iniciales. En pacientes asintomáticas no se recomienda la ecografía transvaginal.

El sangrado genital anómalo es el signo principal de sospecha que debe llevar a descartar una patología neoplásica endometrial, en particular en pacientes posmenopáusicas, o con factores de riesgo asociados:

- Pérdida de sangre o flujo rosado en la posmenopausia; pérdidas intermenstruales o menstruaciones anómalas y/o abundantes en la perimenopausia (45-55 años).
- Secreción purulenta por genitales en pacientes de edad avanzada. Píometra.

Cáncer de mama

Es evidente que el cáncer de mama es la mayor causa de muerte por cáncer en las mujeres y es probable que su detección temprana mediante programas de cribado mamográfico reduzca la mortalidad, pero el gran número de revisiones sobre el tema proporciona una idea de las controversias e incertidumbres respecto a los mismos.

Existe variación en las políticas de cribado entre continentes, entre países del mismo continente e incluso entre regiones dentro del mismo país, como sucede en España.

Con respecto al balance riesgo/beneficio, los metaanálisis publicados concluyen que los programas de detección precoz de cáncer de mama reducen la mortalidad de forma global entre un 9-15%, y que dicha reducción es mayor en mujeres de más de 50 años. Por ello, el Consejo de la Unión Europea publicó en su diario oficial de 2 de diciembre de 2003 la recomendación de realizar programas de cribado en cáncer de mama.

El cáncer de mama reúne todos los requisitos para ser objeto de un programa de detección precoz, dada su alta incidencia y prevalencia, su his-



toria natural bien conocida (se estima que desde el inicio de las lesiones precursoras hasta su extensión sistémica pueden transcurrir 10-15 años), una fase subclínica que puede durar hasta 3 años, la existencia de tratamiento eficaz en fases precoces o de pruebas adecuadas para el diagnóstico en dicha fase subclínica con una sensibilidad del 90%, como es la mamografía.

Dado que, con respecto al cáncer de mama los principales factores de riesgo (sexo y edad) no son modificables, se hace más importante promover la prevención secundaria de la enfermedad mediante el cribado mamográfico a partir de los 50 años.

La mamografía es la exploración que ha demostrado mayor eficacia en la detección del cáncer de mama en fase preclínica. El estudio mamográfico que utiliza las dos proyecciones de cada mama ha demostrado ser más eficaz.

Entre otros organismos, la Unión Europea, en el año 2003, estableció sus recomendaciones de cribado poblacional de cáncer, incluyendo entre ellas el de cáncer de mama mediante mamografía bienal en las mujeres de 50-69 años. El efecto del cribado del cáncer de mama en el grupo de mujeres de 40-49 años sigue siendo controvertido.

En este sentido, las mujeres por debajo de 50 años solo deberían incluirse según condiciones individuales (riesgo familiar, antecedentes de patología, etc.).

Recuerda

- La mamografía es la exploración complementaria que ha demostrado mayor eficacia en la detección del cáncer de mama en fase preclínica. El estudio mamográfico que utiliza las dos proyecciones de cada mama ha demostrado ser más eficaz.
- La Unión Europea ha establecido cribado poblacional de cáncer de mama mediante mamografía bienal en las mujeres de 50-69 años.

7.2. Detección precoz del cáncer en la población de edad avanzada en Atención Primaria

La incidencia de cáncer en personas mayores de 65 o más años es superior a la de los adultos jóvenes. La reducción de la esperanza de vida y de la tolerancia al tratamiento antineoplásico pueden reducir las ventajas de un diagnóstico precoz. Además, hay que tener en cuenta que el cribado está asociado a riesgos y puede conllevar el tratamiento innecesario de neoplasias que nunca producirán clínica en el paciente.

No hay consenso en relación al cribado oncológico en este grupo poblacional, pero según United States Preventive Services Task Force (USPSTF), el cribado recomendado para pacientes mayores es:

- **Cáncer de mama.** Mamografía cada 2 años en mujeres menores de 75 años. En mayores de 75 años la evidencia es insuficiente, pero hay estudios retrospectivos que han demostrado que la realización de mamografías seriadas puede reducir la mortalidad por cáncer de mama en mujeres menores de 85 años que no tengan una grave multimorbilidad. Por ello, es razonable recomendar el cribado para mujeres mayores de 75 años con una esperanza de vida de 5 años o más.
- **Cáncer de colon.** Se recomienda hasta los 75 años el cribado anual con sangre oculta en heces, colonoscopia cada 10 años o rectosigmoidoscopia cada 5 años. En pacientes mayores de 75 años la decisión es individual, teniendo en cuenta la situación de cada individuo, pero se recomienda el cribado en aquellos con una esperanza de vida de 5 años o más.
- **Cáncer de pulmón.** Cribado anual con tomografía computarizada de baja dosis de radiación (TCBD) en las personas mayores de 80 años que han fumado 30 paquetes/año, que son fumadores en la actualidad, o que han dejado de fumar en los últimos 15 años. Esta forma de cribado se puede recomendar en aquellos pacientes con una esperanza de vida de 5 años o más.
- **Cáncer de próstata.** Según las últimas guías no está indicado en mayores de 70 años.
- **Cáncer de cuello de útero.** Según las últimas guías no está indicado en mujeres mayores de 65 años.



Atención al embarazo en Atención Primaria

Orientación MIR

En el siguiente tema estudiarás la atención de las necesidades de las mujeres durante el embarazo, algo que llevan tanto los médicos de familia como los ginecólogos.

Preguntas MIR

► MIR 19-20, 47; MIR 19-20, 66

► MIR 11-12, 154

Conceptos clave

- A todas las gestantes se realizará cribado de rubeola, sífilis, hepatitis B y VIH como mínimo en la primera consulta y, si pertenece a grupo de riesgo, deberá repetirse en caso de sífilis, hepatitis B y VIH. En caso de rubeola se recomienda la vacunación posparto en los casos de ausencia de inmunidad.
- Se realizará cribado serológico para enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*) en la primera analítica de embarazo a las mujeres de origen latinoamericano (excepto Islas del Caribe); mujeres cuya madre sean de origen latinoamericano (excepto Islas del Caribe) o aquellas que hayan vivido más de un mes en países de latinoamérica (excepto Islas del Caribe).
- La diabetes *mellitus* (DM) constituye la alteración metabólica asociada con más frecuencia embarazo. Para el cribado de diabetes gestacional se utiliza el test de O'Sullivan basado en la determinación de la glucemia en plasma venoso 60 minutos después de la ingesta de 50 gramos de glucosa, en cualquier momento del día e independientemente de que exista o no toma previa de alimentos.



8.1. Control prenatal del embarazo

La primera consulta prenatal debe efectuarse en el curso de las primeras 12 semanas de gestación, idealmente antes de la semana 10. El número ideal de consultas es difícil de establecer, pero existe un acuerdo generalizado en que la realización de entre 7-10 consultas prenatales se acompaña de mejores resultados perinatales (Tabla 8.1).

Las **pruebas complementarias** recomendadas en todas las mujeres son:

- Hemograma.
- TSH.
- Grupo y Rh. Cribado de anticuerpos irregulares o test de Coombs indirecto.
- Glucemia.
- Serología: rubeola, sífilis, AgHBs, VIH.
- Orina: anormales y sedimento.
- Citología triple toma (si no la tiene realizada según protocolo local de cribado del cáncer de cérvix).

Se recomienda realizar grupo sanguíneo y anticuerpos irregulares a todas las embarazadas durante la primera visita prenatal. Si la mujer es Rh negativa y el test de Coombs es negativo, debe repetirse en la semana 28 de gestación. **Si el test de Coombs sigue siendo negativo, debe administrarse inmunoprofilaxis anti-D.**

Se aconseja un cultivo de orina en todas las mujeres embarazadas en la primera visita del embarazo para detectar la presencia de bacteriuria asintomática para prevenir el riesgo de infección de tracto urinario superior y de bajo peso al nacer del recién nacido.

Es necesario el test de cribado de diabetes a todas las gestantes entre la semana 24-28. En los trimestres primero y tercero solo si existen factores de riesgo (en el tercer trimestre, en las que no se hayan estudiado previamente).

Al término del embarazo normal puede ofrecerse a la mujer la opción de un despegamiento de membranas amnióticas mediante tacto vaginal, y recomendar la finalización electiva de su embarazo entre la 41-41 + 6 semanas.

	PRIMER TRIMESTRE O PRIMERA CONSULTA	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE
Análítica	Hemograma Glucemia TSH Grupo AB0, Rh, Coombs (anticuerpos irregulares) Serología: rubeola, sífilis, VHB, VIH	Hemograma Coombs (anticuerpos irregulares)	Hemograma, coagulación Serología: VIH
Orina	Cultivo y proteinuria	Proteinuria	Proteinuria
Cribado S. agalactiae			Semana 35-37
Cribado diabetes	Si presenta factores de riesgo	Semana 24-28	Gestantes no estudiadas previamente Si factores de riesgo
Ecografía	11-13 + 6 semanas	18-21 + 6 semanas	34-36 + 6 semanas

Tabla 8.1. Pruebas complementarias de control prenatal del embarazo.

Recordar

- **Las pruebas complementarias recomendadas en todas las mujeres son:** hemograma, TSH, grupo y Rh, cribado de anticuerpos irregulares o test de Coombs indirecto, glucemia, serología (rubeola, sífilis, AgHBs, VIH), orina (anormales y sedimento) y citología triple toma (si no la tiene realizada según protocolo local de cribado del cáncer de cérvix).

8.2. Cribado serológico durante el embarazo

A todas las gestantes se realizará cribado de:

- **Rubeola.** Valorar el estado de inmunidad en la primera consulta de todas las mujeres. Debe recomendarse la vacunación de rubeola en el posparto a las mujeres no inmunes. Si una mujer no recuerda haber padecido la rubeola o no está vacunada, debe consultar a su médico, sobre todo si desea quedarse embarazada. Una vez vacunada, deben transcurrir 3 meses hasta quedar embarazada para que la vacuna sea eficaz sin afectar al embarazo.
- **Sífilis.** Valorar el estado de inmunidad en la primera consulta de todas las mujeres. Si pertenece a un grupo de riesgo, deberá repetirse durante el embarazo, al menos una vez más en el tercer trimestre.
- **Hepatitis B (AgHBs).** Si pertenece a un grupo de riesgo, deberá repetirse durante el embarazo, al menos una vez más en el tercer trimestre.
- **VIH.** Valorar el estado de inmunidad en la primera consulta de todas las mujeres y repetir en la analítica del tercer trimestre. Si la mujer pertenece a un grupo de riesgo, repetir también en el segundo trimestre.

Además, se realizará el siguiente cribado a grupos de riesgo:

- **Enfermedad de Chagas (*Trypanosoma cruzi*).** Valorar el estado de inmunidad en la primera analítica de embarazo a:
 - Mujeres de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe).
 - Mujeres cuya madre sea de origen latinoamericano (excepto islas del Caribe).
 - Mujeres que hayan vivido más de 1 mes en países latinoamericanos (excepto islas del Caribe).

NO es necesario efectuar un cribado sistemático de:

- **Toxoplasmosis:** debe recomendarse medidas preventivas frente a la infección por *Toxoplasma* a todas las gestantes:
 - Cocinar la carne a temperatura suficiente: entre 63-74 °C.
 - Congelar la carne durante varios días a -18 °C antes de consumirla.
 - Pelar o lavar las frutas y verduras a fondo antes de consumirlas.
 - Lavar las encimeras, las tablas de cortar, los platos, los cortadores, los utensilios y las manos con agua jabonosa, después de manipular alimentos reduce el riesgo de infección por *Toxoplasma*.
 - Evitar beber agua potable no tratada.
 - Usar guantes para los trabajos de jardinería y durante cualquier contacto con tierra o arena porque podría estar contaminada con heces de gato que contengan *Toxoplasma*. Lavarse las manos con jabón y agua tibia después de realizar trabajos de jardinería o tener contacto con tierra o arena.
- **Citomegalovirus:** debe recomendarse medidas preventivas a todas las gestantes, principalmente si tienen contacto con niños menores de 2 años.



- **Hepatitis C:** debe realizarse en la vista preconcepcional, dado que el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis C es altamente eficaz fuera del embarazo y, por tanto, puede disminuir el riesgo de transmisión perinatal del mismo.

8.3. Cribado de los defectos congénitos

Se recomienda utilizar los métodos de cribado que calculan el riesgo de cromosomopatía, no solo teniendo en cuenta la **edad** de la gestante, sino las características ecográficas del feto, principalmente la **translucencia nuchal (TN)** > p99 (3,5 mm) y los marcadores bioquímicos en sangre materna (**β-hCG + PAPP- A séricas**). Así es posible identificar las gestaciones con alto o bajo riesgo de presentar una cromosomopatía y, en los casos de alto riesgo, valorar el acceso a las técnicas invasivas de diagnóstico prenatal más adecuadas e indicadas para cada situación.

En los últimos años se ha incorporado como mejor método de cribado de forma indiscutible el análisis del ADN fetal libre circulante (ADN-ic) en el plasma materno para el cribado de las trisomías fetales, aumentando la tasa de detección de trisomía 21 (T 21) a más del 99%. En caso de resultado positivo se requiere confirmación mediante técnica invasiva y los negativos no excluyen la condición al 100%.

Recordar

- Se recomienda utilizar los métodos de cribado que calculan el riesgo de cromosomopatía, no solo teniendo en cuenta la edad de la gestante, sino las características ecográficas del feto, principalmente la translucencia nuchal (TN) > p99 (3,5 mm) y los marcadores bioquímicos en sangre materna (β-hCG + PAPP- A séricas).

8.4. Exploración ecográfica durante el embarazo

Existe prácticamente unanimidad en la recomendación de realizar tres exploraciones ecográficas durante un embarazo de curso normal (**Tabla 8.2**).

ECOGRAFÍA DEL PRIMER TRIMESTRE 11-13 + 6 SEMANAS	Identificar latido cardíaco Identificar el número de fetos En el caso de gestación múltiple, diagnóstico de cigosidad Estimación de la edad de gestación según la LCN o CRL Medición de la translucencia nuchal (marcador de cromosomopatía fetal) Observación de la morfología embrionaria Identificar la existencia de patología uterina y de los anejos
ECOGRAFÍA DEL SEGUNDO TRIMESTRE 18-21 + 6 SEMANAS	Diagnóstico de anomalías estructurales y marcadores de cromosomopatías Si no se ha realizado la ecografía de nivel básico del primer trimestre, incluir sus objetivos
ECOGRAFÍA DEL TERCER TRIMESTRE 34-36 + 6 SEMANAS	Identificar la vitalidad y la estática fetal Estimar el crecimiento fetal Diagnóstico de anomalías de la localización placentaria (placenta previa) Diagnosticar anomalías del volumen del líquido amniótico En casos indicados ("alto riesgo"), estudios de flujos fetoplacentarios con <i>doppler</i>

Tabla 8.2. Variables a registrar en las ecografías de control prenatal del embarazo.

8.5. Cribado de la diabetes gestacional

La diabetes *mellitus* (DM) constituye la alteración metabólica más frecuentemente asociada al embarazo. Para el cribado de diabetes gestacional se utiliza el **test de O'Sullivan** basado en la determinación de la glucemia en plasma venoso 60 minutos después de la ingesta de 50 gramos de glucosa, en cualquier momento del día y con independencia de que exista o no toma previa de alimentos.

La prueba se realizará durante el **segundo trimestre del embarazo (24-28 semanas)** a **todas las gestantes no diagnosticadas previamente**, presenten o no factores de riesgo, aunque existen las siguientes excepciones:

- Durante el **primer trimestre del embarazo cuando exista uno** de los siguientes factores de riesgo: edad ≥ 35 años; obesidad (IMC ≥ 30); intolerancia a la glucosa o diabetes gestacional previas; antecedente de diabetes en familiares de primer grado; antecedente de hijo nacido con macrosomía.
- Durante el **tercer trimestre: en gestantes que no se han estudiado en el segundo trimestre**. En aquellas que, aunque el estudio resultara negativo, desarrollen después complicaciones que característicamente se asocian a diabetes gestacional (macrosomía fetal o polihidramnios), se obviará la prueba de cribado y se acudirá directamente a la realización de una sobrecarga oral de glucosa (SOG).

Ante una prueba de O'Sullivan positiva (≥ 140 mg/dL) se hará la confirmación diagnóstica con la prueba de SOG con 100 gramos de glucosa. Antes, debe prestarse atención a las siguientes consideraciones: dos glucemias basales ≥ 126 mg/dL en días diferentes o una glucemia al azar > 200 mg/dL ratifica el diagnóstico de diabetes gestacional y excluye la necesidad de realizar una SOG.

8.6. Cribado poblacional de la isoinmunización. Diagnóstico de la sensibilización

En la primera visita prenatal a todas las embarazadas se les debe determinar su grupo AB0, el Rh y realizar un escrutinio de anticuerpos irregulares mediante un test de Coombs indirecto.

En las gestantes Rh-negativo es necesario un nuevo escrutinio de anticuerpos antes de la semana 28 de gestación para valorar la administración de inmunoglobulina anti-D:

- Profilaxis de la sensibilización o isoinmunización Rh (D):** se realiza mediante la administración de inmunoglobulina anti-D (dosis única de 300 µg en la semana 28) en gestantes Rh-negativo no sensibilizadas o cuando se desconoce el Rh de la misma, si el padre es Rh(D) positivo y el test de Coombs indirecto sigue siendo negativo.
- Recomendaciones de profilaxis de isoinmunización anti-D:**
 - Una dosis de 300 µg durante la **primera mitad del embarazo** en todas las mujeres Rh-negativo no sensibilizadas que sufren un aborto espontáneo o inducido, un embarazo ectópico o una metrorragia. Si ≤ 12 semanas, una dosis de 150 µg sería suficiente.
 - Dosis de 300 µg en todas las **exploraciones** que comporten riesgo de hemorragia transplacentaria: **biopsia de corion, amniocentesis,**



cordocentesis, versión cefálica externa, etc. Tras técnicas invasivas realizadas ≤ 12 semanas, una dosis de 150 μg sería suficiente.

- 300 μg **a la semana 28 de gestación**, si el padre es Rh(D) positivo y el test de Coombs indirecto sigue siendo negativo. Con ello se consigue evitar las isoimmunizaciones que tienen lugar en las últimas

semanas de la gestación o inmediatamente después del parto, antes de que se administre posparto la dosis de inmunoglobulina.

- 300 μg dentro de las **72 horas siguientes al parto de un recién nacido Rh(D) positivo** (intentando siempre que se haga lo antes posible, inmediatamente después de conocer el Rh del neonato).



Prevención y tratamiento de las ETS

Orientación MIR

Tema de repaso sobre la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) más frecuentes. Aunque en otras asignaturas como infecciosas repasarás lo aquí aprendido, es importante poner énfasis el diagnóstico diferencial y el tratamiento de cada una de ellas.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- Sífilis: la sífilis primaria se caracteriza por una lesión redondeada u oval, indurada y de consistencia cartilaginosa e indolora "chancro", junto con adenopatía regional, dura, no dolorosa y no supurada, que aparece después de un período de incubación de 3 semanas. En general, el diagnóstico de sífilis, además de la sospecha clínica, se confirma por métodos indirectos (serológicos). El tratamiento de la sífilis se realiza con penicilina G benzatina (2.400.000 U, una dosis única intramuscular en la sífilis primaria, secundaria y latente precoz < 1 año, y con una dosis/semanal, 3 dosis en total, en la sífilis latente tardía y de cronología indeterminada y en la sífilis terciaria; la neurosífilis se trata con penicilina G sódica intravenosa).
 - Sangre y otros tejidos (transfusiones, consumo de drogas por vía intravenosa, exposición accidental).
 - Vertical (madre-hijo: durante el parto, lactancia materna).
- Diagnóstico: se establece con métodos de inmunoadsorción. las técnicas de elisa de cuarta generación permiten detectar anticuerpos anti-VIH tipo 1 y tipo 2, y antígeno p24 del virus, lo que acorta el "período ventana"; si el resultado es negativo, excluye el diagnóstico de infección VIH salvo que se trate de una primo-infección. El test ELISA positivo se ha de confirmar mediante una técnica Western-Blot. Tratamiento: en la actualidad, el TAR se recomienda a todos los pacientes infectados, con independencia del recuento de linfocitos CD4.
- VIH: las vías de transmisión de la infección por VIH son:
 - Sexual (HSH, heterosexual).



Las enfermedades de transmisión sexual (ETS) son un problema de consulta relativamente frecuente en el ámbito de la Atención Primaria que, si no se tratan adecuadamente, ocasionarán una nada despreciable morbilidad, además de un problema de salud pública.

Un elevado porcentaje de ETS, desde el punto de vista clínico, son asintomáticas o solo se acompañan de síntomas leves, que hacen que el diagnóstico pase desapercibido, pues son autolimitadas, y en un elevado porcentaje de casos, se resuelven espontáneamente. Son causa de complicaciones tardías como infertilidad, abortos, enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico o el desarrollo de cáncer cervical-uterino o ano-rectal, entre otras.

Las ETS, incluidas las infecciones por el VIH y por los virus de la hepatitis (sobre todo VHA y VHC), han aumentado significativamente en España en los últimos 10 años, sobre todo entre los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en su mayoría jóvenes, y que no usan protección (preservativo) durante la relación sexual y, además, en un creciente porcentaje recurren a drogas (*chemsex*) para las prácticas sexuales.

Este incremento de las ETS hace aconsejable que se preste mayor atención a su epidemiología, las medidas de diagnóstico y tratamiento y, sobre todo, la prevención y su control. En todos estos aspectos, el médico de Atención Primaria tiene un papel fundamental, tanto por su actividad asistencial y educativa, como preventiva (por ejemplo, control de contactos).

9.1. Prevención de las ETS

Las ETS son enfermedades prevenibles. Las estrategias preventivas pasan por:

- La adopción de prácticas sexuales seguras (educación sexual), incluida la utilización correcta de métodos de barrera (el uso de preservativo evita las infecciones transmitidas por fluidos [gonococia, clamidiasis, tricomoniasis, infección VIH], pero no del todo las transmitidas por contacto piel-piel).
- La identificación rápida y el tratamiento precoz de los pacientes.
- El estudio de los portadores y las parejas del caso índice (estudio de contactos: sintomáticos, asintomáticos).
- La vacunación preexposición de personas en riesgo de adquirir una ETS (vacuna frente al VHB y VPH en la población general; vacuna de la hepatitis A, en HSH y consumidores de drogas intravenosas).

En cuanto a la prevención de la infección VIH se ha demostrado la efectividad de la profilaxis postexposición sexual de riesgo (administración de antirretrovirales), y en los últimos años, también el efecto beneficio de la profilaxis preexposición.

9.2. Síndromes clínicos más frecuentes

Los síndromes clínicos más frecuentes respecto a las ETS son los recogidos en la **Tabla 9.1**. Se detallan a continuación.

- **Cervicitis/uretritis:** las ETS son el origen más frecuente de uretritis y cervicitis de causa infecciosa; los microorganismos más importantes son *Neisseria gonorrhoeae* y *Chlamydia trachomatis*, sin olvidar *Mycoplasma genitalium*, *Ureaplasma urealyticum* y *Trichomonas vaginalis*.

La **uretritis gonocócica** se caracteriza por la aparición brusca, después de un período de incubación de 2-7 días, de disuria y exudado purulento abundante. En la uretritis **no gonocócica** (la causa más frecuente), de forma gradual (período de incubación de 2-6 semanas) se visualizará una secreción uretral mucosa, en escasa cuantía, que se acompaña ocasionalmente de disuria.

La **cervicitis** suele cursar sin síntomas, y solo se manifiesta por exudado cervical mucopurulento o sanguinolento, de forma espontánea o después de una relación sexual. El diagnóstico se hace mediante la tinción de Gram del exudado (por ejemplo, diplococos gramnegativos en infección por gonococo), el cultivo del exudado uretral y técnicas de amplificación de ácidos nucleicos (PCR).

El tratamiento antibiótico **empírico** incluye la administración de ceftriaxona intramuscular (en dosis única) asociada a doxiciclina (100 mg/12 horas, 7 días; v.o.) o azitromicina (dosis única de 1 g, v.o.); en alérgicos a los betalactámicos, la ceftriaxona puede sustituirse por gentamicina. En la actualidad no se recomienda el uso empírico de fluoroquinolonas porque, en España, la tasa de resistencia de *N. gonorrhoeae* es superior al 30%. Hay que tratar a los compañeros sexuales de los 2 últimos meses, y se recomienda evitar el coito sin preservativo hasta que el paciente y su pareja hayan finalizado el tratamiento.

Recordar

- La uretritis gonocócica se caracteriza por la aparición brusca después de un período de incubación de 2-7 días. El tratamiento antibiótico **empírico** incluye la administración de ceftriaxona intramuscular (en dosis única) asociada a doxiciclina (100 mg/12 horas, 7 días; v.o.) o azitromicina (dosis única de 1 g, v.o.).

- **Vulvovaginitis y vaginosis:** las causas infecciosas más frecuentes incluyen diferentes especies de *Candida* y los microorganismos implicados en la vaginosis bacteriana. La vulvovaginitis se caracteriza por secreción y prurito vulvar o vaginal, de intensidad variable. La vaginosis bacteriana (síndrome polimicrobiano, en el que destaca *Gardnerella vaginalis*) no es estrictamente una ETS, pero se ha asociado con un mayor riesgo para infección por gonococo, *C. trachomatis*, VHS-2 e incluso VIH, al igual que sucede con la tricomoniasis vaginal.

El diagnóstico se realiza, además de por las características clínicas, sobre todo del exudado vaginal, por el análisis microscópico de la muestra vaginal. El tratamiento de la vaginosis bacteriana puede hacerse con:

- Metronidazol por vía oral (7 días) o por vía vaginal en forma de óvulos.
- Clindamicina oral o por vía vaginal en forma de crema al 2%.

En la mujer inmunocompetente, con formas clínicas de intensidad leve a moderada, la vaginitis por *Candida* puede tratarse inicialmente con la aplicación tópica de clotrimazol en forma de crema vaginal al 1%, o de tabletas vaginales de 100 mg. Por vía oral puede administrarse fluconazol (150 mg, en dosis única). La infección por *Trichomonas* se trata con metronidazol; se recomienda evitar el coito sin preservativo hasta que la paciente y sus contactos hayan sido tratados.

- **Úlcera genital/extragenital:** las ETS con frecuencia se manifiestan clínicamente como una úlcera, al nivel genital o extragenital (mucosa orofaríngea, región anal/perianal), que puede ser, o no, dolorosa, según la causa que la produce (**Figura 9.1**). Conviene recordar que las úlceras genitales aumentan mucho el riesgo para contraer una infección por VIH. La infección por *Haemophilus ducreyi* (**chancroide**) se caracteriza por una úlcera blanda, dolorosa, única o múltiple, con fondo sucio, puru-



SÍNDROMES CLÍNICOS MÁS FRECUENTES					
SÍNDROME	MICROORGANISMO	PERÍODO DE INCUBACIÓN	CLÍNICA	DX	TTO
Uretritis gonocócica	<i>N. gonorrhoeae</i>	2-7 días	BRUSCA disuria + exudado purulento abundante	Tinción de GRAM Cultivo PCR	Ceftriaxona i.m. (dosis única) + azitromicina 1 g v.o. / doxiciclina 100 mg /12 h/7 días ** Tratar parejas sexuales últimos 2 meses. No retirar preservativo hasta fin tratamiento pareja
Uretritis NO gonocócica	<i>C. trachomatis</i>	2-6 semanas	GRADUAL secreción uretral mucosa escasa +- disuria		
Herpes anogenital	VHS-2	21 días	MÚLTIPLES lesiones VESICULOSAS en racimo DOLOROSAS + base eritematosa * Frecuentes RECIDIVAS	Sospecha clínica PCR	ACICLOVIR / FAMCICLOVIR / VALACICLOVIR *** Recidivas: famciclovir o valaciclovir
Vaginosis bacteriana	<i>Gardnerella vaginalis</i>		Exudado vaginal maloliente ("a pescado") BLANCO GRISÁCEO	pH > 4,5 Tinción GRAM KOH negativa	METRONIDAZOL CLINDAMICINA
Candidiasis	<i>C. albicans</i>		Exudado ESCASO, grumoso ("requesón") SIN OLOR. + disuria + placas blanquecinas vaginales	pH < 4,5 Seudohifas en KOH	CLOTRIMAZOL tópico FLUCONAZOL v.o.
Tricomoniasis	<i>T. vaginalis</i>		Exudado AUMENTADO amarillo verdoso espumoso Cérvix en fresa Disuria Prurito	pH 5-6 KOH negativa	METRONIDAZOL
Chancroide	<i>H. ducreyi</i>		Úlcera BLANDA, única/múltiple, DOLOROSA, fondo sucio purulento + ADENOPATÍA FLUCTUANTE + SUPURACIÓN	Cultivo PCR	AZITROMICINA
Sífilis	<i>T. pallidum</i>		PRIMARIA (CHANCRO) a úlcera INDOLORA única + ADENOPATÍA (desaparece a las 3 semanas) SECUNDARIA a síntomas generales + adenopatías generalizadas + exantema P-P TERCIARIA a "gomos"/aortitis/NRL	Microscopía de campo oscuro. SEROLOGÍA	PENICILINA G
Linfogranuloma venéreo	<i>C. trachomatis</i> L1-2-3		Úlcera en lugar de inoculación + ADENOPATÍA a fistulización +- proctitis/proctocolitis	PCR	DOXICICLINA 100 mg/12 h/21 días

KOH: examen con hidróxido de potasio; NRL: neurología.

Tabla 9.1. Síndromes clínicos más frecuentes.

lento y linfadenopatía regional con fluctuación y supuración, mientras que en el **granuloma inguinal** o donoviasis, causado por *Klebsiella granulomatis* (antes denominada *Calymmatobacterium granulomatis*) cursa como una pápula/nódulo (seudobubón), único o múltiple, de crecimiento progresivo, que sangra con facilidad al tacto y no se acompaña de adenopatías regionales.

Ambas enfermedades son infrecuentes en el mundo occidental y aparecen, sobre todo, en personas originarias de África y Asia. El diagnóstico se puede hacer por cultivo y técnicas de PCR o por biopsia (granuloma inguinal). El tratamiento antibiótico consiste en la administración de azitromicina.

Recordar

- La infección por *Haemophilus ducreyi* (chancroide) se caracteriza por una úlcera blanda, dolorosa, única o múltiple, con fondo sucio, purulento y linfadenopatía regional con fluctuación y supuración.
- El tratamiento antibiótico consiste en la administración de azitromicina.

- Linfogranuloma venéreo:** causado por los serogrupos L1, L2 y L3 de *C. trachomatis* se caracteriza por una úlcera en el lugar de la inoculación

que se acompaña de linfadenopatía regional, y secundariamente fibrosis, fistulización y edema distal.

Es una causa frecuente de ETS en HSH, que tienen sexo anal receptivo; además de la ulceración puede acompañarse de un síndrome anogenital (proctitis, proctocolitis).

El diagnóstico de elección se basa en técnicas de PCR. El tratamiento se realiza con doxiciclina (100 mg/12 horas, 21 días; v.o.); se pueden drenar los bubones inguinales si hay fluctuación.

- Virus del herpes simple (VHS):** la infección por **VHS** es, probablemente, la causa más frecuente de úlceras genitales, seguida en frecuencia por la sífilis (*Treponema pallidum*). En el herpes genital, después de un período de incubación de 21 días, aparecen múltiples lesiones vesiculosas, que tienden a agruparse (en racimo), dolorosas, y todo ello sobre una base eritematosa. Curan en 2-3 semanas, pero son frecuentes las recurrencias/recidivas (más con VHS-2), lo que le confiere una elevada infectividad entre los contactos sexuales.

El diagnóstico, además de la sospecha clínica, se confirma mediante técnicas de PCR (identificación del ADN del virus herpes).

El tratamiento de un primer episodio de herpes genital puede hacerse con la administración, por vía oral, aciclovir, famciclovir o valaciclovir; para las recurrencias se recomienda famciclovir o valaciclovir. En los pacientes con más de 6-10 recurrencias en un año, los antiviricos anteriores se administrarán de manera continuada (tratamiento "supresivo"), diaria, con reevaluación al año.



- **Sífilis:** la **sífilis primaria** se caracteriza por una lesión redondeada u oval, indurada y de consistencia cartilaginosa e indolora ("chancro"), junto con adenopatía regional, dura, no dolorosa y no supurada, que aparece después de un período de incubación de 3 semanas; en un elevado porcentaje de casos puede pasar desapercibida, sobre todo cuando se localiza en zonas extragenitales (cavidad orofaríngea, región anal). En HSH, la localización anal puede confundirse con una fisura. El diagnóstico, en la fase inicial, es difícil en muchas ocasiones, pues la lesión cura espontáneamente en unas 4 semanas. Se puede visualizar *T. pallidum* mediante microscopia de campo oscuro, en el exudado del chancro. La importancia del diagnóstico, en esta fase inicial, es evitar la progresión a formas secundarias e incluso terciarias.

Si no se trata adecuadamente, a los 3 meses desde el inicio de la infección (**sífilis secundaria**) aparecerán síntomas generales/constitucionales, adenopatías generalizadas y lesiones en la piel (90% de los casos) diseminadas (máculas y/o pápulas simétricas, "clavo sífilítico", no pruriginosas, que también afectan palmas y plantas; alopecia *areata*), en la boca (35%) y en genitales (20%); en el paciente con infección VIH las manifestaciones pueden ser atípicas.

En la **sífilis terciaria**, muy infrecuente en la actualidad, aparecen lesiones cutaneomucosas ("gomos"), óseas, cardiovasculares (aortitis) y neurológicas (tabes dorsal, parálisis general progresiva, sífilis meningo-vascular). Puede haber transmisión congénita (sífilis congénita), sobre todo cuando la madre está en los estadios iniciales de la infección.

En general, el **diagnóstico** de sífilis, además de la sospecha clínica, se confirma por métodos indirectos (**serológicos**): detección de **anticuerpos inespecíficos** (RPR [*Rapid Plasma Reagin*], VDRL [*Venereal Disease Research Laboratory*]), 7 días después de la aparición del chancro sífilítico, y anticuerpos específicos (FTA-Abs [*Fluorescent Treponemal Antibody Absorption*], TPHA [*Treponema pallidum Haemagglutination Assay*]).

Hay que hacer, en la medida de lo posible, el estudio de los contactos sexuales de las personas diagnosticadas de sífilis primaria (contactos de 3 meses anteriores al inicio de los síntomas), secundaria (contactos < 6 meses) y latente precoz (contactos < 1 año). El tratamiento de la sífilis se realiza con penicilina G benzatina (2.400.000 U, 1 dosis única intramuscular en la sífilis primaria, secundaria y latente precoz < 1 año, y con 1 dosis/semanal, 3 dosis en total, en la sífilis latente tardía y de cronología indeterminada y en

la sífilis terciaria; la neurosífilis se trata con penicilina G sódica intravenosa); en alérgicos a penicilina puede utilizarse doxiciclina. A todos los pacientes diagnosticados de sífilis se recomienda solicitar serología frente al VIH y búsqueda de otras ETS.

Recordar

- El tratamiento de la sífilis se realiza con penicilina G benzatina (2.400.000 U, 1 dosis única intramuscular en la sífilis primaria, secundaria y latente precoz < 1 año, y con 1 dosis/semanal, 3 dosis en total, en la sífilis latente tardía y de cronología indeterminada y en la sífilis terciaria; la neurosífilis se trata con penicilina G sódica intravenosa.
- A todos los pacientes diagnosticados de sífilis se recomienda solicitar serología frente al VIH y búsqueda de otras ITS.

9.3. Infección por VIH

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representa un importante problema de salud pública mundial, que se ha cobrado unos 39 millones de muertes desde su aparición. Aunque el diagnóstico de nuevos casos tiende a disminuir en los últimos años, la OMS ha propuesto como objetivos principales reducir la transmisión sexual, eliminar la transmisión madre-hijo, el acceso universal al tratamiento antirretroviral (TAR) y evitar la discriminación.

El TAR, además de controlar la infección, impide la transmisión del VIH. Sin embargo, de forma global, solo un 53% de la población mundial, a mediados de 2017, estaba recibiendo TAR, y únicamente un 44% había alcanzado niveles indetectables del virus en sangre. Por este motivo, el programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) planteó, para el año 2020, el objetivo 90-90-90: que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto a dicho virus (en la actualidad, un 30% de los seropositivos desconocen el diagnóstico); que el 90% de las personas diagnosticadas de VIH reciban TAR de manera continuada y que el 90% de las personas que reciban TAR tengan supresión de la replicación viral.

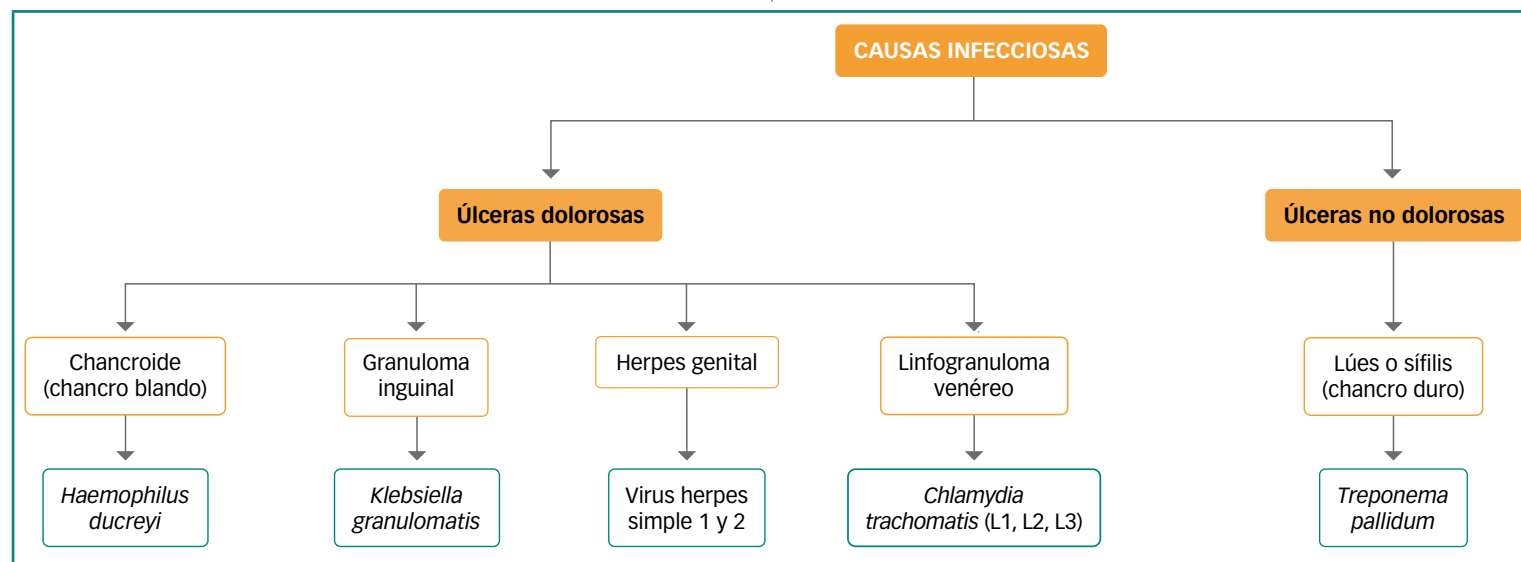


Figura 9.1. Diagnóstico diferencial de úlceras genitales o extragenitales de etiología infecciosa.



Mecanismo de transmisión

Las vías de transmisión de la infección por VIH son:

- Sexual (HSH, heterosexual).
- Sangre y otros tejidos (transfusiones, consumo de drogas por vía intravenosa, exposición accidental).
- Vertical (madre-hijo: durante el parto, lactancia materna).

Entre la **población de riesgo** para su adquisición destacan las personas que mantienen relaciones sexuales con múltiples parejas sin preservativo, tener alguna ITS (sífilis, herpes, *Chlamydia*, etc.), compartir material para la administración de sustancias por vía intravenosa, recibir inyecciones, transfusiones sanguíneas o trasplante de tejidos sin garantías de seguridad, ser sometido a procedimientos médicos, incluidos pinchazos y cortes, con material no esterilizado.

Las medidas de prevención recomendadas para reducir la transmisión incluyen:

- El uso de preservativo de forma correcta cada vez que vaya a tener una relación sexual con penetración, con personas infectadas o de las que desconoce la situación respecto a la infección (esto se debe hacer extensivo a la población general, incluidos jóvenes y adolescentes).
- No compartir nunca agujas ni jeringas (en los consumidores de drogas, fomentar los programas de abandono de la vía intravenosa [mantenimiento con metadona, etc.]).
- Si se practica un tatuaje o un *piercing*, hacerlo solo en lugares autorizados y controlados sanitariamente.
- La transmisión madre-hijo se ha reducido de manera drástica con el diagnóstico precoz (prueba de VIH a todas las gestantes) y la administración del TAR a la madre seropositiva durante el embarazo y parto, e inmediatamente después del alumbramiento, al recién nacido.

Manifestaciones clínicas

En la evolución natural de la infección VIH se pueden distinguir tres fases:

- **Primoinfección o síndrome retroviral agudo.** En un elevado porcentaje de los casos (30-50%) se manifiesta como un cuadro febril agudo similar a la mononucleosis, que aparecen generalmente en el primer mes después del contagio. Se caracteriza por la existencia de **fiebre, malestar general, cefalea, sudoración, odinofagia** (faringoamigdalitis), **adenopatías generalizadas, artralgias/mialgias** y un **rash eritematoso generalizado** (70% de los casos); en la analítica se encontrará **leucopenia** (con linfomonocitosis), **trombopenia** y **elevación de transaminasas**.

El cuadro clínico puede durar entre 2-4 semanas. En esta fase debe establecerse un alto índice de sospecha ("síndrome mononucleósico en personas con conducta de riesgo"), de ahí el papel fundamental del médico de Atención Primaria. El diagnóstico precoz en esta fase permite comenzar el TAR, además del control y seguimiento del paciente, y el establecimiento de las medidas de prevención adecuadas para evitar el contagio a otras personas (este período se caracteriza por una elevada contagiosidad) y el estudio de contactos previos. El TAR, en la actualidad, es la mejor medida para prevenir la transmisión.

- **Infección crónica "asintomática".** Durante un período variable, de entre 5-10 años, el paciente suele estar asintomático o tener signos y síntomas que pasarán desapercibidos, inespecíficos, pero que indican el debilitamiento progresivo del sistema inmunitario. La detección de

la infección por VIH en estas personas (asintomáticas o poco sintomáticas), con capacidad de contagio, es fundamental para disminuir el porcentaje de desviación estándar (DT); el papel de los profesionales sanitarios, a la hora de solicitar las pruebas para el diagnóstico precoz (la prueba es voluntaria, confidencial, y con su consentimiento informado) es primordial.

- **Fase final o sintomática sida.** Sin TAR los pacientes desarrollan sida en aproximadamente 10 años, desde el momento de la infección, como consecuencia de la disminución de los linfocitos CD4. Esta situación de inmunodepresión grave da lugar a que pueda aparecer una amplia variedad de infecciones oportunistas y ciertas neoplasias. El diagnóstico de estas enfermedades siempre debe alertar de la posibilidad de infección por VIH.

Diagnóstico

Se establece con métodos de inmunoabsorción. Las técnicas de **ELISA de cuarta generación** permiten detectar anticuerpos anti-VIH tipo 1 y tipo 2, y antígeno p24 del virus, lo que acorta el "período ventana"; si el resultado es negativo, excluye el diagnóstico de infección VIH salvo que se trate de una primoinfección. **El test ELISA positivo se ha de confirmar mediante una técnica Western-Blot** (inmunolectroforesis de anticuerpos frente a la envoltura y la cápsida del virus). También puede utilizarse como test confirmatorio la cuantificación del ARN plasmático del VIH (**carga viral**). Si el test ELISA es positivo y Western-Blot negativo, se trata de un falso positivo de la prueba ELISA (enfermedades autoinmunes, embarazo, hepatitis alcohólica).

Con el objeto de reducir el número de casos de diagnóstico tardío, la prueba del VIH **debería ofertarse** a toda persona con entre 20 y 59 años, sexualmente activa, cuando acuda a una consulta de Atención Primaria y se le indique una extracción de sangre por cualquier motivo (cribado selectivo); la frecuencia de repetición de la prueba dependerá de factores individuales (prácticas sexuales de riesgo y/o de hábitos tóxicos).

En la mujer embarazada se realizará preferentemente en el primer trimestre de gestación, y antes del parto si antes resultó negativa y ha tenido prácticas de riesgo; también se hará en el momento del parto a las mujeres embarazadas que no hayan acudido a controles prenatales. Igualmente, la prueba se debe ofertar de **forma dirigida** a todas las personas que lo soliciten por sospechar una exposición de riesgo, a parejas sexuales de personas infectadas por VIH, a consumidores actuales de drogas intravenosas o con antecedentes de haberlo sido (y sus parejas sexuales), a los HSH (y sus parejas sexuales), a las personas que ejercen la prostitución (y sus parejas sexuales, y a los clientes), a los heterosexuales que han tenido múltiples parejas y/o prácticas de riesgo en los últimos 12 meses, a las personas que han sufrido una agresión sexual, a los que han tenido una exposición de riesgo ocupacional o no ocupacional, y a quienes proceden de países con alta prevalencia (> 1%, por ejemplo, África subsahariana) y sus parejas sexuales.

Abordaje familiar y psicosocial del paciente VIH positivo

Una vez confirmado el resultado de infección VIH, y estar seguros del diagnóstico, hay que notificárselo al paciente, eligiendo cuidadosamente la



forma y el lugar en que se comunica el resultado, favoreciendo una relación de confianza y preservando en todo momento la confidencialidad.

Dado que la infección VIH todavía está muy estigmatizada y es objeto de rechazo social, es necesario **normalizar la situación** dedicándole todo el tiempo necesario para valorar su situación emocional (ansiedad, angustia, depresión, etc.) y responder a sus inquietudes (despejar las dudas sobre los mecanismos de transmisión, la evolución, las opciones terapéuticas, la importancia de la adherencia, y sus efectos adversos, etc.) y a los miedos ante la repercusión de la enfermedad en su vida diaria (personal [pérdida de afecto de la pareja, o de sus amigos, pérdida de autoestima, culpabilidad, etc.], familiar [rechazo/ apoyo de familiares], sociolaboral [discriminación en el trabajo, aislamiento social], etc.).

En el manejo de estos aspectos, el personal sanitario de Atención Primaria, con el apoyo de psicólogos, si fuera necesario, juega un papel importante en el abordaje global de la infección VIH. Es fundamental potenciar el desarrollo de una vida lo más normalizada posible, fomentando comportamientos saludables e implicando a los familiares, así como facilitando la integración sociolaboral.

■ Tratamiento

Una vez realizado el diagnóstico en el ámbito de la Atención Primaria, el paciente deberá ser remitido a la consulta hospitalaria de Enfermedades Infecciosas/Medicina Interna, especializada en el tratamiento, control y seguimiento de la infección VIH porque la determinación de linfocitos CD4 y carga viral plasmática del VIH no está disponible en la mayoría de centros de salud y, además, la dispensación de fármacos antirretrovirales solo se efectúa en la farmacia hospitalaria. El TAR es la mejor medida de prevención de la infección por VIH, como ya se ha señalado, al suprimir la replicación viral de modo permanente si se toma correctamente y de manera continuada; además, aumenta la supervivencia del paciente, retrasa la progresión clínica y permite la recuperación inmunológica.

En la actualidad, **el TAR se recomienda a TODOS los pacientes infectados**, con independencia del recuento de linfocitos CD4. Las guías sobre TAR recomiendan iniciar la terapia con una combinación de 2 inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de los nucleósidos/nucleótidos más un inhibidor de la integrasa (o un inhibidor de la proteasa, o un inhibidor de la transcriptasa inversa no-análogo de los nucleótidos).



Comunicación médico-paciente. Entrevista clínica

Orientación MIR

En este tema, con una sencilla lectura compresiva podrás acertar todas las preguntas que haya al respecto, ya que con sentido común podrás deducir la opción más correcta. Asimismo, verás más sobre relación médico paciente en la asignatura de Bioética.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- A la hora de relacionarse con pacientes, familiares u otros profesionales es importante mantener un estilo asertivo, donde seamos capaces de expresar ideas y opiniones, defendiendo nuestros derechos y respetando los de los demás.
- También es importante desarrollar habilidades de comunicación tanto verbal como no verbal que nos ayuden a identificar las necesidades de otras personas correctamente, y nos permitan transmitir nuestros mensajes de la forma más completa posible.
- Fases de la entrevista: en la entrevista se intenta conocer el problema del paciente (fase exploratoria) con objeto de resolver el mismo (fase resolutive).



10.1. Comunicación médico-paciente

Desde el punto de vista profesional, es posible identificar unos estilos de comunicación en el marco de la atención sanitaria, son las formas específicas de comunicarse en la relación médico-paciente, que se resumen en cuatro tipos:

- **Técnico:** el profesional asume el papel de técnico experto e impone su criterio al paciente. En muchos casos se puede relacionar con un estilo comunicativo un tanto agresivo, donde el profesional se centra en el proceso de enfermedad del paciente, y deja un poco de lado los aspectos psicosociales, así como la opinión del paciente en el proceso de toma de decisiones.
- **Paternalista:** el profesional se presenta como guardián o tutor del paciente, que maneja en muchos casos su voluntad. En este caso se suele pactar con el paciente las mejores elecciones de tratamiento, siempre teniendo en cuenta el criterio médico, por supuesto.
- **De camaradería o complaciente:** se tienen en cuenta las necesidades psicosociales del paciente, pero disminuye la distancia terapéutica. El profesional no asume responsabilidad en las decisiones médicas. Es posible asemejarlo un poco con el estilo pasivo de comunicación, adaptado a la relación profesional-paciente.
- **Cooperativo o deliberativo:** el profesional actúa como un maestro, que valora la opinión del paciente y le pide que participe en el proceso de toma de decisiones, y negocia de alguna manera los pasos a seguir. Se adhiere al modelo biopsicosocial, donde a parte de los criterios médicos se tienen en cuenta los psicosociales. Se puede relacionar con el estilo asertivo de comunicación, que es el más recomendable.

A la hora de relacionarse con pacientes, familiares u otros profesionales es importante mantener un estilo asertivo, donde seamos capaces de expresar ideas y opiniones, defendiendo nuestros derechos y respetando los de los demás. También es importante desarrollar habilidades de comunicación tanto verbal como no verbal que nos ayuden a identificar las necesidades de otras personas correctamente, y nos permitan transmitir nuestros mensajes de la forma más completa posible.

En todo proceso de comunicación interpersonal entre el profesional médico y el paciente (persona que solicita ayuda), se dan toda una serie de aspectos comunicativos (verbal y no verbal) que favorecen la relación terapéutica. Para establecer esta relación hay que proporcionar un clima adecuado en donde predominen todos los aspectos contemplados en apartados anteriores.

Existe una serie de técnicas que se les llama de "apoyo narrativo", que son utilizadas por diferentes modelos psicoterapéuticos (cognitivo-conductuales, dinámicos, etc.). Su objetivo es fomentar que el paciente se exprese de manera más fluida principalmente en el campo psicosocial. Estas técnicas incluyen todos los aspectos de la comunicación verbal y no verbal.

Existen dos tipos de técnicas de apoyo narrativo:

- **Las que facilitan que el paciente se exprese de manera más fluida en aquellos contenidos que quiera verbalizar y expresar.** En este grupo se incluyen:
 - **Baja reactividad:** es el tiempo que tarda en intervenir el profesional una vez que ha comenzado la entrevista. Consiste en dejar pasar un breve intervalo de tiempo, aproximadamente entre 2 y 3 s tras la contestación del paciente antes de efectuar la siguiente pregunta.

- **Silencio funcional:** consiste en la ausencia de comunicación verbal intencionada por parte del profesional, cuyo objetivo es proporcionar al paciente un tiempo de reflexión, concentración con respecto a lo verbalizado. En ocasiones, cuando el silencio lo manifiesta el paciente, origina en el profesional una situación de ansiedad e incomodidad que se intenta solventar rompiendo ese silencio con una pregunta o respuesta inmediata, pero es inadecuada esa actitud del profesional.
- **Facilitación:** consiste en utilizar una conducta verbal o no verbal para que el paciente inicie o continúe la entrevista, o bien, se quiere confirmar ciertos datos del paciente. Se puede aplicar tras un período de silencio. Frases como "continúe, por favor", "le escucho", "siga", "usted estaba diciendo", "me contaba usted" facilitan y ayudan al paciente en su relato. Estas frases se pueden apoyar con la comunicación no verbal; por ejemplo, inclinar la cabeza hacia delante como diciendo un sí, arquear las cejas, indicar proseguir con las manos abiertas, mover el cuerpo hacia delante.
- **Empatía:** es una técnica verbal y no verbal que utiliza el profesional para solidarizarse emocionalmente con el paciente. Se debe emplear sin prejuzgar su contenido o las emociones de este. La empatía no es "ponerse en el lugar del paciente", es apoyar, entender y comprender su situación emocional, aunque no se esté de acuerdo.
- **Las técnicas que favorecen la elaboración de percepciones, emociones o ideas** tienen doble finalidad: por una parte, orientan la atención del paciente sobre una idea o sentimiento que ha manifestado y, por otra, profundizan en determinados aspectos que el paciente no ha completado en su relato. También sirven para que el profesional reflexione o recapacite sobre lo que ha transmitido al paciente y hacer hincapié en algún aspecto destacable que no quiere dejar en segundo plano.
 - **Frases de repetición:** esta técnica consiste en que se repite lo último o lo que se quiere destacar; puede ser una palabra clave o una frase que orienta al paciente hacia un determinado contenido. Es útil si el profesional quiere enfatizar algo dicho por el paciente. No se debe de utilizar abusivamente, solo en momentos puntuales.
 - **Clarificación:** consiste en indagar, preguntar directamente al paciente, con un lenguaje verbal o no verbal, acerca de algo expresado, un sentimiento o una idea. Esta técnica es importante ya el profesional puede tergiversar el contenido que verbaliza el paciente y sirve, como su nombre indica, para clarificar lo que dice el paciente.
 - **Señalamiento:** esta técnica pone de manifiesto las emociones, conductas, o motivaciones del paciente, evidenciando también posibles conflictos. Ayuda al paciente a clarificar sus emociones o ideas.

10.2. Entrevista clínica

La entrevista es una forma oral de comunicación interpersonal que tiene como finalidad obtener una información determinada con relación a un objetivo.

Los **objetivos** de la entrevista son:

- Recoger información de forma precisa y adecuada que facilite un correcto diagnóstico y adecuado tratamiento.
- Establecer una adecuada relación médico-paciente de confianza, pues una mala comunicación es una de las principales causas de incumplimiento terapéutico.
- Comprometer al paciente en el tratamiento.
- Dar una serie de consejos tendente a recuperar la salud (función educadora y de influencia).



Tipos de entrevista en Atención Primaria

- Según los **objetivos** de la entrevista:
 - Operativas:** objetivos acordados previamente.
 - Diagnósticas o de escucha:** la finalidad no ha sido acordada previamente.
- Según el **método** de entrevista:
 - Libres o no estructuradas.** Suelen ser más ajustadas de tiempo. Proporcionan al paciente una mayor libertad para hablar de los síntomas y permiten una mejor observación al entrevistador. Como aspectos negativos está la posibilidad de pasar por alto datos relevantes del paciente.
 - Dirigidas, estructuradas.** Es muy frecuente como primera entrevista. En la práctica clínica diaria sirven para recoger una amplia gama de síntomas. Como aspectos negativos, hay que destacar que en ella se presta menos atención a factores psicosociales emocionales, y el paciente tiende a sentirse más incómodo; la estructuración supone la realización de una serie de preguntas programadas que recogen la información de forma sistemática.
 - Semiestructuradas, semidirigidas.** Sería una combinación de las anteriores.
- Según el **receptor de los cuidados:**
 - Dual:** solo a un paciente.
 - Múltiple:** en la misma consulta varias visitas a distintos pacientes.
 - Grupal o familiar:** un colectivo es el objeto de la entrevista.
- Según el **canal de comunicación:**
 - Cara a cara.**
 - Por teléfono.**

Componentes de la entrevista en Atención Primaria

- Comunicación no verbal:** la comunicación no verbal es una parte de la entrevista tan importante o más que la verbal. Resumiendo lo anteriormente tratado, se refiere a:
 - La **expresión facial**, en especial la mirada.
 - La **apariencia física**, en general un aspecto convencional da seguridad al paciente, sobre todo en la primera visita.
 - Proxémica:** se refiere al orden y distancia de los sujetos que se están comunicando.
 - Cinésica:** los gestos faciales o corporales que conllevan una significación en la comunicación.
 - Posición corporal:** describe el grado de atención e implicación en la conversación.
 - Paralenguaje:** características vocales del habla (tono, intensidad, timbre, las pausas, etc.).
- Entrevista:** es muy importante determinar las características que ha de reunir un entrevistador:
 - Calidez:** proximidad afectiva, contacto visuofacial, etc.
 - Empatía:** capacidad para solidarizarse y comprender las emociones del paciente.
 - Respeto:** considerar a la otra persona, incluso cuando se esté en discrepancia con alguna de sus opiniones o conductas.
 - Concreción:** lograr que la entrevista se desarrolle en términos comprensibles para ambos.

- Asertividad:** capacidad para desempeñar de forma plena y con seguridad los deberes y derechos inherentes a un determinado rol social.

Fases de la entrevista

En la entrevista se intenta conocer el problema del paciente (**fase exploratoria**) con objeto de resolver el mismo (**fase resolutive**).

- Fase exploratoria:** su objetivo es **delimitar la demanda**, esto es, el motivo que lleva al paciente a acudir al médico y conocer sus expectativas. En esta fase se obtienen datos específicos, se explora al paciente y finalmente se elabora y sintetiza la información que llevará a una hipótesis diagnóstica. Algunos errores habituales que se producen en esta fase son:
 - Falta de organización en la anamnesis, despreciar la información preelaborada por el paciente o interpretar el motivo en el momento inicial.
 - Carecer de un plan de entrevista.
 - Interrupciones y direccionamiento excesivo.
 - Focalizaciones, tendencia a desechar o minusvalorar materiales de tipo biológico o psicosocial. Por ejemplo, interpretar como psicológico un dato orgánico.

Técnicas de utilización:

- Empatía.
- Facilitación.
- Frases por repetición.
- Señalamiento: ponen de manifiesto emociones o conductas, profundiza las motivaciones del paciente.
- Clarificación.
- Silencio funcional: puede actuar como catalizador de determinadas reacciones emocionales en el curso de la entrevista.
- Reencuadres: cambios de intencionalidad para incorporar datos nuevos que surgen en la entrevista que no encajan con lo anterior.
- Fase resolutive:** se inicia cuando el profesional toma una decisión acerca de la mejor conducta a adoptar. Esta etapa se caracteriza por informar e implicar al paciente con objeto de conseguir un adecuado cumplimiento terapéutico. En este sentido, la entrevista motivacional es de gran ayuda. Está basada en expresar empatía, favorece a discrepancia en el mismo paciente, trabaja las resistencias al cambio, apoya la autoeficacia y evita argumentaciones. Posteriormente, es preciso verificar la comprensión de las instrucciones y tomar precauciones, esto es, dejar abierta la posibilidad de error y, por tanto, la variación en la conducta pautada. Algunos errores habituales en esta fase son:
 - Mezclar exploración y recomendaciones.
 - Dar al paciente instrucciones, sin haber explicado previamente cómo orientamos el problema.
 - Expresarnos en términos técnicos, sin clarificar conceptos.
 - No tolerar la opinión de los pacientes.
 - Consumir excesivo tiempo con pacientes que no están convencidos.

Técnicas empleadas:

- Enunciación de problemas.
- Transferencia de responsabilidad.
- Cesión real o intencional.
- Reconversión de ideas.
- Doble pacto.
- Paréntesis, posponer la resolución de la demanda.
- Repetir la posición y entender que es el punto final de la negociación.
- Reconducción por objetivos.



El razonamiento clínico, la toma de decisiones y el método clínico centrado en el paciente

Orientación MIR

En el siguiente tema estudiarás los modelos de razonamiento clínico: analítico y no-analítico. Con una lectura compresiva es más que suficiente, ya que nunca ha sido preguntado en el MIR.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- ⦿ El razonamiento clínico es el eje principal de la práctica médica. Es la capacidad de observación, reflexión, inferencia y juicio integrativo de los problemas clínicos del paciente, ya que todos los días la labor del médico es resolver problemas. Los modelos actualmente identificados que explican el razonamiento clínico se pueden dividir en dos tipos: analítico y no-analítico.
- ⦿ Respecto a los modelos en la toma de decisiones, Sackett enumeró tres estrategias para el diagnóstico clínico: razonamiento inductivo, hipotético-deductivo y de reconocimiento de patrones.
- ⦿ La atención centrada en el paciente ha demostrado generar mejores resultados en la salud de los pacientes y mayor satisfacción en los profesionales de salud; sin embargo, su práctica requiere que se cambie el paradigma de salud-enfermedad al de las personas. Es necesario que el sistema de salud cumpla con ciertas características que permitan asegurar que los clínicos satisfagan las necesidades del paciente de una manera integral.



11.1. El razonamiento clínico

El razonamiento clínico es el eje principal de la práctica médica, ya que es la competencia central y más importante del médico. Consiste en el razonamiento clínico que posibilita la toma de decisiones que conducen a la resolución del problema en cuestión.

Se entiende como **la capacidad de observación, reflexión, inferencia y juicio integrativo de los problemas clínicos del paciente**, ya que todos los días la labor del médico es resolver problemas.

Casi todo lo que hace un médico es susceptible de incluirse en el concepto de razonamiento clínico, aunque la mayor parte de la investigación en esta área se ha enfocado en el proceso de diagnóstico clínico o de exámenes de laboratorio. Una excepción a esta regla es el análisis de toma de decisiones, centrado en las condiciones de incertidumbre con un enfoque probabilístico.

Los modelos actualmente identificados que explican el razonamiento clínico se pueden dividir en dos tipos: **analítico** y **no-analítico**.

- **Analítico:** es el modelo tradicional en el que se han centrado los educadores médicos; supone un análisis cuidadoso de la relación entre los síntomas y signos, y los diagnósticos como el indicador de la pericia clínica. Este modelo utiliza el pensamiento analítico con el modelo **hipotético-deductivo**, que es más lento que el no-analítico, pero se emplea de manera más consciente al implicar los siguientes pasos:
 - Observación cuidadosa.
 - Obtención de información.
 - Exploración física.
 - Generación de hipótesis.
 - Correlación de los datos obtenidos con la(s) hipótesis planteadas.
 - Confirmación o no de la hipótesis mediante pruebas diagnósticas.

Este modelo plantea una secuencia de generación y eliminación de hipótesis, en función de los datos clínicos encontrados durante el proceso diagnóstico. Implica la comprensión de la relación entre las características detectadas y las enfermedades subyacentes, para así generar una lista diferencial de diagnósticos relevantes y aplicar un esquema que permita ponderar cada diagnóstico en términos de su probabilidad relativa.

- El **modelo no-analítico** se apoya en la experiencia de los clínicos, quienes rápidamente y sin un análisis detenido establecen el diagnóstico gracias a un proceso de "reconocimiento de patrones", donde experiencias pasadas son utilizadas para establecer un juicio fundamentado en una probabilidad de que el problema clínico actual sea similar a otro caso visto con anterioridad.

Esta forma de razonamiento es automática, rápida y no requiere de plena conciencia, lo que lo expone a mayor riesgo de error. Cuando se está ante un paciente que presenta signos y síntomas característicos de una enfermedad, y se aplica la propia experiencia de forma automática, se hace un filtro mental de episodios previos similares y se genera inmediatamente una o varias hipótesis diagnósticas. Todos los médicos lo utilizan pues su disciplina tiene un fuerte componente de imágenes y patrones.

11.2. Toma de decisiones

Es el proceso intelectual que lleva a una elección entre varias posibilidades y que es común a varias situaciones; la solución de los problemas de

salud de individuos enfermos puede ser considerada como un proceso continuo de toma de decisiones médicas, de las cuales depende el éxito o el fracaso de la gestión del médico. Para hacer un diagnóstico, el médico cuenta con sus conocimientos y habilidades clínicas.

Modelos en la toma de decisiones

Sackett enumeró tres estrategias para el diagnóstico clínico: razonamiento inductivo, hipotético-deductivo y de reconocimiento de patrones.

- **Modelo de razonamiento inductivo.** Este modelo de razonamiento busca la información sin estar dirigida desde un inicio por alguna hipótesis; es decir, se procede a la anamnesis y exploración de aparatos y sistemas que ayudarán a formular una primera hipótesis.
- **Modelo hipotético-deductivo.** Este modelo considera que al inicio del proceso se establecen hipótesis basadas en la evidencia disponible, o incluso en la intuición, que después se someten a prueba mediante la exploración y los exámenes complementarios.
- **Modelo de reconocimiento de patrones.** Este modelo se plantea como un proceso de mero reconocimiento del cuadro comparándolo con el modelo de la enfermedad que se dispone en la mente, por similitud global, sin ningún tipo de razonamiento.

Incertidumbre en la toma de decisiones

Es la característica inherente al proceso de toma de decisiones. Causa sufrimiento psicológico al sentir los profesionales que la medicina no es una ciencia exacta. Esta situación genera ansiedad, dificulta el juicio clínico y predispone al error. ¿Cómo es posible hacer frente a la incertidumbre? Se proponen tres respuestas sistemáticas:

- Los consensos profesionales y el avance científico proporcionan un apoyo para afrontar la incertidumbre, y sus aportes pueden contribuir a una práctica más apropiada. También facilitan la defensa legal en casos de conflictos judiciales derivados de denuncias de mala praxis.
- El análisis de decisiones ayuda a pensar de forma más sistemática y a identificar los propios sesgos.
- Estrategias probabilísticas: el médico debe conocer el potencial informativo de las pruebas más utilizadas y la influencia de sus resultados en la probabilidad preprueba y posprueba.

11.3. El método clínico centrado en el paciente

La atención centrada en el paciente ha demostrado generar mejores resultados en la salud de los pacientes y mayor satisfacción en los profesionales de salud; sin embargo, su práctica requiere que se cambie el paradigma de salud-enfermedad al de las personas. Es necesario que el sistema de salud cumpla con ciertas características que permitan asegurar que los clínicos satisfagan las necesidades del paciente de una manera integral.

El método clínico centrado en el paciente busca que los profesionales de la salud aborden cuatro componentes cuando se aproximan a las personas: abordar la dolencia, la salud y la enfermedad; aproximarse a la persona



como un todo; llegar a un acuerdo común en referencia a la definición de problemas, objetivos y roles; y desarrollar la relación médico-paciente.

Abordar la dolencia, la salud y la enfermedad: al explorar la **enfermedad**, se debe evaluar los síntomas, resultados del examen físico y exámenes de ayuda diagnóstica; al explorar la **dolencia** se debe indagar sobre cuatro puntos cruciales: sentimientos del paciente acerca del problema, ideas que tiene acerca del problema; efecto de estas dolencias en su funcionamiento diario, expectativas con respecto al médico que los atiende y, finalmente, al explorar la **salud**, se debe tener en consideración la percepción única y la experiencia de salud de cada enfermo.

- **Entender a la persona como un todo:** el carácter y la personalidad, contextualizados con la experiencia vivida y la formación, son los que influyen en el estado evolutivo en el cual se encuentra la persona y definen considerablemente su comportamiento. Se debe tener en cuenta la parte espiritual del paciente, comprender sus distintas creencias y religión y, por tanto, es necesario escuchar con sinceridad, respeto, aceptación y sin prejuicios.
- **Llegar a un acuerdo común, definición de problemas, objetivos y roles:** es el punto más crucial de la interacción médico-paciente; se establecen pactos entre ambos participantes de la entrevista, se debe

definir el problema, establecer metas y prioridades del tratamiento y, por último, dejar claros y asignar los roles tanto del médico como del paciente. Las claves para alcanzar exitosamente la meta son: evitar imponer deberes desde un único polo de la entrevista y motivar el cambio basado en ideas e intereses del paciente; forjar una actitud de autocuidado en función de la información facilitada al enfermo y contrastada en mayor o menor medida con los conceptos interiorizados a lo largo de su vida.

- **Desarrollar la relación médico-paciente (Figura 11.1):** debe existir responsabilidad compartida de poder y control entre médico y paciente. Una buena relación entre ambos requiere alianza de trabajo, habilidades en el uso de la tecnología, capacidad psicológica y comunicativa, para poder establecer empatía. Cada relación establecida es única e irrepetible. El médico tiene la habilidad de desarrollar diferentes papeles según el tipo de paciente que trate: a veces puede ser un instructor, otras guía, otras familiar y otras, médico. Dentro de las condiciones que ayudan a afianzar esta relación se encuentran: **compasión, cuidado, empatía y confianza**. La dificultad del médico consiste en que falla en entender lo que el paciente quiere, que algunas veces puede ser algo muy simple: reconocer su sufrimiento, o quizá su compañía en el momento de la necesidad.

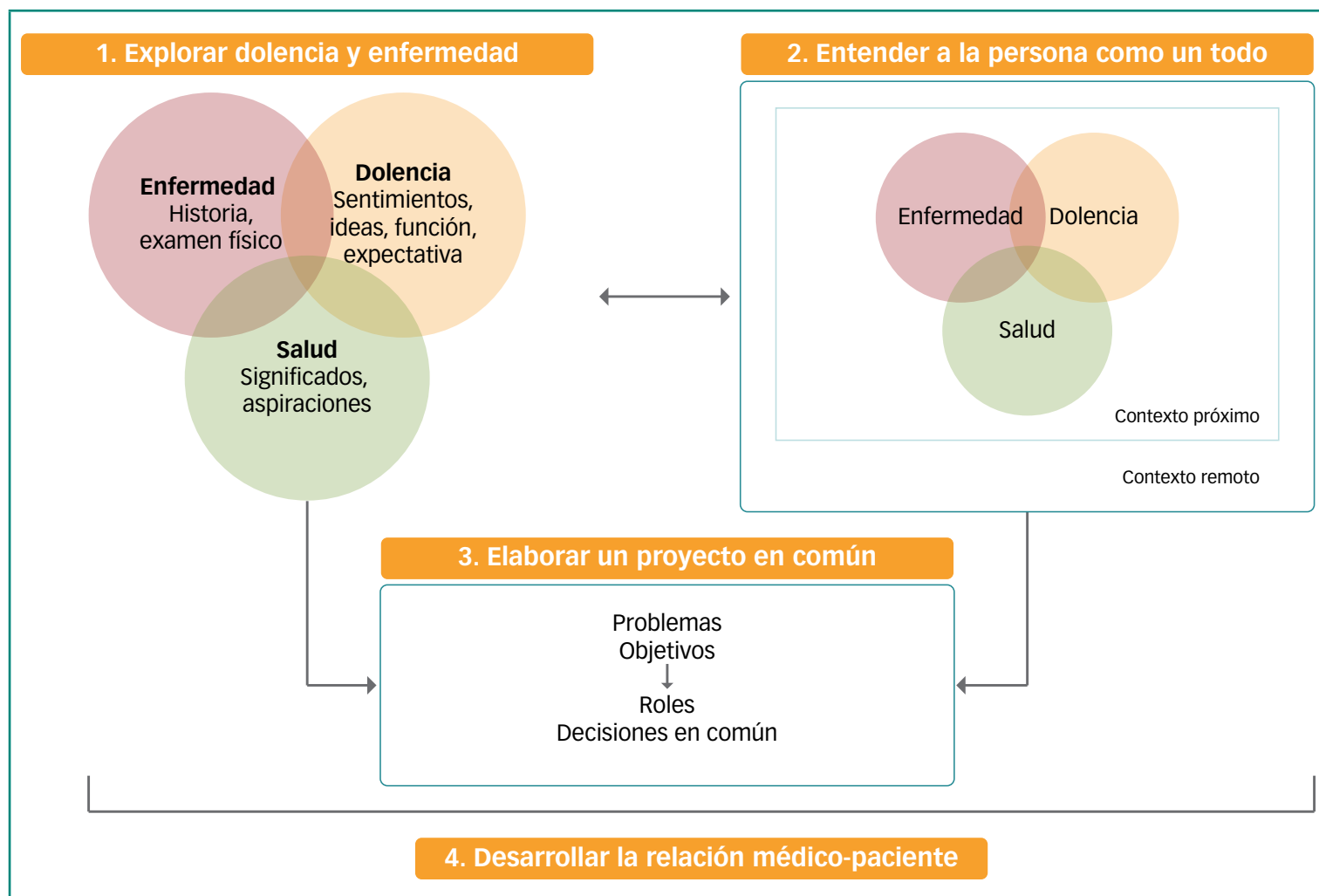


Figura 11.1. Relación médico-paciente.



Uso racional del medicamento, prescripción y sistemas de farmacovigilancia y seguridad

Orientación MIR

En este tema descubrirás aspectos básicos sobre el uso racional del medicamento, la prescripción electrónica y sistemas de farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos. Es de especial relevancia que conozcas el proceso de notificación de alertas sanitarias.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- Entre los ejemplos más habituales del uso inadecuado de medicamentos destacan: la polifarmacia o utilización de gran cantidad de fármacos por un solo paciente; el uso inadecuado de los antibióticos; el uso inadecuado de la vía de administración intramuscular cuando la vía oral es la apropiada; prescripciones no justificadas que se alejan de las recomendaciones de las guías clínicas; el uso incorrecto de la automedicación; y la falta de adherencia a las pautas prescritas.
- Entre las consecuencias de la reducción en la calidad de la prescripción farmacológica se encuentran: yatrogenia, en forma de aumento en morbilidad; desperdicio de recursos sanitarios que, al ser limitados, implican la pérdida de recursos para otros fines; aumento de los costes sanitarios; aumento de riesgo de efectos secundarios farmacológicos; y el aumento de las resistencias a los antimicrobianos.
- Se define la prescripción farmacéutica electrónica como la generación, transmisión y cumplimentación de la prescripción mediante un proceso electrónico basado en las tecnologías de la información, para su posterior dispensación en las oficinas de farmacia.
- Por farmacovigilancia se entiende el conjunto de actividades destinadas a identificar y valorar los efectos del uso, agudo y crónico, de los tratamientos farmacológicos en la población o en subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos, de lo cual se desprende que la farmacovigilancia no se limita al estudio de los efectos secundarios de los medicamentos, sino que también se aplica a conocer sus efectos beneficiosos.



12.1. Uso racional del medicamento

El uso inadecuado de los fármacos se ha convertido en un problema mundial de alto impacto.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que más de la mitad de los fármacos utilizados en el ámbito mundial son incorrectamente prescritos, o son vendidos de modo inadecuado; y que la mitad de los pacientes fracasan a la hora de tomarlos de forma correcta.

El uso inadecuado de los fármacos, ya sea por exceso de consumo, consumo inadecuadamente bajo o por uso incorrecto, supone el despilfarro de un recurso limitado, así como un riesgo sanitario a escala global.

Entre los ejemplos más habituales del uso inadecuado de medicamentos destacan: la polifarmacia, o utilización de gran cantidad de fármacos por un solo paciente; el uso inadecuado de los antibióticos; el uso inadecuado de la vía de administración intramuscular cuando la vía oral es la apropiada; prescripciones no justificadas que se alejan de las recomendaciones de las guías clínicas; el uso incorrecto de la automedicación; y la falta de adherencia a las pautas prescritas.

Entre las consecuencias de la reducción en la calidad de la prescripción farmacológica se encuentran: yatrogenia, en forma de aumento en morbilidad; desperdicio de recursos sanitarios que, al ser limitados, implican la pérdida de recursos para otros fines; aumento de los costes sanitarios; incremento del riesgo de efectos secundarios farmacológicos; y el aumento de las resistencias a los antimicrobianos.

A todo ello se añade el perverso efecto psicosocial de mantener activa la creencia de que todo síntoma precisa de un fármaco para su control.

Según definición de consenso en la Conferencia de Expertos de la OMS en Nairobi, en 1985, se denomina **uso racional del medicamento** a "aquel uso de los fármacos en el que el paciente recibe la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad".

Esta definición suele simplificarse como la regla de los "cinco correctos": el fármaco correcto, en la dosis correcta, administrado por la vía correcta, con la posología y duración correctas, para el paciente correcto.

Para conseguir un uso racional de los medicamentos deberán implementarse las siguientes actuaciones:

- Diagnosticar y definir adecuadamente el problema del paciente.
- Establecer el tratamiento más adecuado y seguro (farmacológico y no farmacológico).
- Seleccionar los fármacos adecuados y prescribirlos en dosis y duración correctas.
- Realizar una prescripción clara, sin margen de confusión, preferiblemente por escrito.
- Proporcionar al paciente la información necesaria de forma adecuada y comprensible.
- Planificar la evaluación de la respuesta terapéutica.

12.2. Prescripción farmacéutica y prescripción farmacéutica electrónica

La prescripción farmacéutica es un acto legal, que responsabiliza al médico que prescribe y al farmacéutico que dispensa. Existen varios tipos de prescripción, aunque en España se emplean únicamente dos de ellos: la **prescripción independiente**, cuyo derecho a su realización es propiedad de médicos, odontólogos, podólogos y veterinarios; y la **prescripción dependiente**, desarrollada por el colectivo de Enfermería. En el caso de la prescripción independiente o autónoma, el profesional tiene la autoridad para tomar, por sí mismo, las decisiones terapéuticas y recae sobre él toda la responsabilidad de los resultados obtenidos. Sin embargo, en la prescripción dependiente, el prescriptor independiente delega ciertas funciones sobre otros profesionales sanitarios mediante un acuerdo previo, a través de determinados protocolos.

Se define la **prescripción farmacéutica electrónica** como la generación, transmisión y cumplimentación de la prescripción mediante un proceso electrónico basado en las tecnologías de la información, para su posterior dispensación en las oficinas de farmacia. La implementación de la receta electrónica (RE) forma parte del esfuerzo de las autoridades sanitarias por mejorar la calidad y seguridad del proceso de la prescripción. El cambio de la receta tradicional a la receta electrónica permite al médico prescriptor enviar directamente la información de la prescripción del paciente a la oficina de farmacia, y ya ha demostrado disminuir los errores de prescripción y de administración de los fármacos, además de reducir el número de llamadas desde las oficinas de farmacia al centro de salud para clarificar aspectos de la prescripción.

La receta electrónica ha mejorado el flujo de comunicación profesional prescriptor-profesional dispensador, además de relacionarse con altos niveles de satisfacción del paciente. Por último, ha disminuido el papeleo, con el consiguiente ahorro de tiempo, así como los errores asociados a la interpretación de la letra escrita a mano.

Para funcionar en soporte electrónico, el profesional prescriptor debe acceder al sistema de RE a través de un equipo informático integrado en el sistema de RE. El profesional ha de acreditar su identidad y firmar electrónicamente la prescripción. El sistema de RE generará la relación de medicamentos y productos sanitarios prescritos. El sistema posibilita al profesional prescriptor el seguimiento de las dispensaciones, y permitir en el transcurso del tratamiento modificar o anular de acuerdo con cambios en la situación clínica del paciente, así como valorar criterios de cumplimiento terapéutico.

El sistema electrónico controlará que el número de envases dispensados se corresponda con la pauta señalada por el prescriptor. También registrará aquellos casos en que el farmacéutico, de acuerdo a normativa, sustituya un medicamento prescrito, haciendo constar además los motivos de dicha sustitución. También permite al farmacéutico bloquear cautelarmente la dispensación de un medicamento prescrito cuando aprecie la existencia de un error, una alerta de seguridad, o cualquier otro motivo que pueda suponer un riesgo grave y evidente para la seguridad del paciente. Esta circunstancia se comunicará telemáticamente al prescriptor, para que revise la prescripción bloqueada, y proceda a su anulación o reactivación, según considere.



Recuerda

- Se define la prescripción farmacéutica electrónica como la generación, transmisión y cumplimentación de la prescripción mediante un proceso electrónico basado en las tecnologías de la información, para su posterior dispensación en las oficinas de farmacia.
- El cambio de la receta tradicional a la receta electrónica permite al médico prescriptor enviar directamente la información de la prescripción del paciente a la oficina de farmacia, y ya ha demostrado disminuir los errores de prescripción y de administración de los fármacos, además de reducir el número de llamadas desde las oficinas de farmacia al centro de salud para clarificar aspectos de la prescripción.

12.3. Sistemas de farmacovigilancia y seguridad de los medicamentos

Se entiende por farmacovigilancia **el conjunto de actividades destinadas a identificar y valorar los efectos del uso, agudo y crónico, de los tratamientos farmacológicos en la población o en subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos**, de lo cual se desprende que la farmacovigilancia no se limita al estudio de los efectos secundarios de los medicamentos, sino que también se aplica a conocer sus efectos beneficiosos.

En España, existe un sistema de farmacovigilancia para facilitar la recogida de información sobre los efectos adversos que pueden ocasionar los medicamentos. Todo medicamento puede producir algún efecto adverso no deseado (RAM). Este sistema, denominado Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de uso Humano (**SEFV-H**), tiene como objetivo principal reunir los casos de sospecha de RAM que identifican los profesionales sanitarios o los ciudadanos.

En cada comunidad autónoma hay un centro de farmacovigilancia, encargado de evaluar y registrar en una base de datos común, denominada **FEDRA**, estos efectos adversos que se sospecha que pueden ser debidos al medicamento. La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios actúa de coordinador del SEFV-H a través de la División de Farmacoepidemiología y Farmacovigilancia.

Recuerda

- Por farmacovigilancia se entiende el conjunto de actividades destinadas a identificar y valorar los efectos del uso, agudo y crónico, de los tratamientos farmacológicos en la población o en subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos, de lo cual se desprende que la farmacovigilancia no se limita al estudio de los efectos secundarios de los medicamentos, sino que también se aplica a conocer sus efectos beneficiosos.

12.4. Notificación

■ ¿Cómo notificar?

- Por Internet: a través del formulario electrónico al que puede acceder en el siguiente enlace: www.notificaram.es.
- Mediante correo postal utilizando la tarjeta amarilla del Centro de Farmacovigilancia de la comunidad autónoma donde ejerce su profesión.

■ ¿Qué incluir en la notificación?

- Medicamentos sospechosos.
- Reacción adversa.
- Detalles del paciente.
- Detalles del notificador.

■ ¿Qué reacciones adversas se deben comunicar?

- Medicamentos y vacunas sujetos a seguimiento adicional (triángulo negro).
- Sospechas de reacciones adversas graves identificadas con cualquier medicamento, aunque la reacción sea bien conocida. Se entienden como graves aquellas situaciones que:
 - Amenacen la vida del paciente.
 - Provoquen la hospitalización del paciente o la prolonguen.
 - Ocasionen incapacidad laboral o escolar.
 - Induzcan defectos congénitos.
 - Sean clínicamente relevantes. Si no está seguro de la gravedad, se debe notificar de igual modo.
 - Provoquen la muerte del paciente.

■ ¿Quién puede notificar?

- Médicos.
 - Farmacéuticos.
 - Enfermeros.
 - Odontólogos.
 - Podólogos.
 - Otros profesionales sanitarios, según la Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias.
 - Ciudadanos (desde julio de 2012) (**Figura 12.1**): los ciudadanos pueden notificar las sospechas de reacciones adversas a medicamentos bien a través de un profesional sanitario o bien directamente a través del formulario electrónico (www.notificaram.es).
- Se recomienda que los ciudadanos notifiquen a través de su médico, farmacéutico u otro profesional sanitario al comunicar los signos o síntomas presuntamente relacionados con medicamentos.



CONFIDENCIAL

NOTIFICACIÓN DE SOSPECHA DE REACCIÓN ADVERSA A UN MEDICAMENTO

1. Por favor, notifique todas las reacciones a fármacos recientemente introducidos en el mercado y las reacciones graves o las raras para el resto de fármacos (incluido vacunas, medicamentos publicitarios, radiofármacos, plantas medicinales, fórmulas magistrales, gases medicinales y medicamentos homeopáticos).

2. Notifique en la primera línea el fármaco que considere más sospechoso de haber producido la reacción, o bien ponga un asterisco junto al nombre de los medicamentos sospechosos, si cree que hay más de uno.

3. Notifique todos los demás fármacos, incluidos los de automedicación, tomados en los tres meses anteriores. Para las malformaciones congénitas, notifique todos los fármacos tomados durante la gestación.

4. No deje de notificar por desconocer una parte de la información que le pedimos.

NOMBRE DEL PACIENTE _____

Hombre ☐ Edad _____

Mujer ☐ Peso (Kg.) _____

(Con la finalidad de saber si se ha repetido alguna reacción).
(Indique también el número de historia para los pacientes hospitalizados).

FÁRMACO (S)* (Indique el nombre comercial)	Dosis diaria y vía admón.	Fechas		Motivo de la prescripción
		Comienzo	Final	
(Véase nota 2)				

* Para las vacunas, indique número de lote.

REACCIONES ¿Ha dado lugar la reacción a hospitalización?	SI ☐ NO ☐	SI ☐ NO ☐	Fechas		Desenlace (P.ej, mortal, recuperado, secuelas, etc.)
			Comienzo	Final	
¿Ha dado lugar la reacción a la prolongación de la hospitalización?					

OBSERVACIONES ADICIONALES

Nombre: _____

Profesión, especialidad: _____ Correo-e: _____

Dirección trabajo: _____

Población: _____

Teléfono: _____

Por favor, marque con una cruz si necesita más tarjetas ☐

Firma _____ Fecha _____

Figura 12.1. Tarjeta amarilla de notificación de reacciones adversas.



Continuidad de asistencia y de cuidados. El paciente hiperconsumidor de recursos y estrategia de atención al paciente crónico

Orientación MIR

En este tema abordaremos la asistencia de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. Es importante conocer el concepto de paciente hiperconsumidor de recursos y las estrategias diseñadas para su manejo.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- En nuestro entorno, el concepto de enfermedad crónica compleja hace referencia al grupo de pacientes pluripatológicos. Para conseguir una adecuada implementación y el éxito de este tipo de actividades, es básica una adecuada coordinación entre el servicio de Medicina Interna y Atención Primaria, que es extensible a los profesionales de Enfermería y Trabajo social.
- El paciente hiperfrecuentador suele considerarse un paciente difícil por el grado de malestar emocional que genera en su médico responsable. Los estudios en nuestro medio dibujan su perfil como pacientes mayores de 50 años, con enfermedades crónicas y disfunciones psíquicas.



13.1. Enfermedades crónicas complejas y pluripatología

Entre los pacientes con enfermedades crónicas existen algunas personas que por sus características particulares van a suponer un gran impacto de la actividad clínica tanto a nivel ambulatorio como hospitalario.

Según algunos estudios, solo estos pacientes justificarían casi el 40% de los ingresos hospitalarios, un amplio número de visitas a Urgencias y la hiperfrecuentación en los centros de salud. En nuestro entorno, **el concepto de enfermedad crónica compleja hace referencia al grupo de pacientes pluripatológicos.**

El objetivo de la atención a este grupo de pacientes se basa en mejorar el control de los mismos y, por tanto, a través de una disminución de las complicaciones, conseguir menor número de visitas a Urgencias, hospitalizaciones y consultas externas. Está descrita una disminución de hasta un 45% en el número de ingresos de estos pacientes pluripatológicos en los centros donde están instaurados programas de atención específica.

Para conseguir una adecuada implementación y el éxito de este tipo de actividades, es básica, una adecuada coordinación entre el servicio de Medicina Interna y Atención Primaria, que es extensible a los profesionales de Enfermería y Trabajo social.

13.2. Estrategia de atención al paciente crónico

El Proceso Asistencial Integrado de Atención al Paciente Pluripatológico (PAI-APP) se ha configurado según el recorrido natural que debe llevar a

cabo cada persona incluida en este programa y, para ello, se ha decidido crear una representación gráfica del mismo que incluya: profesionales implicados, ámbito de actuación, actividades realizadas y secuencia lógica de realización (**Figura 13.1, Figura 13.2**).

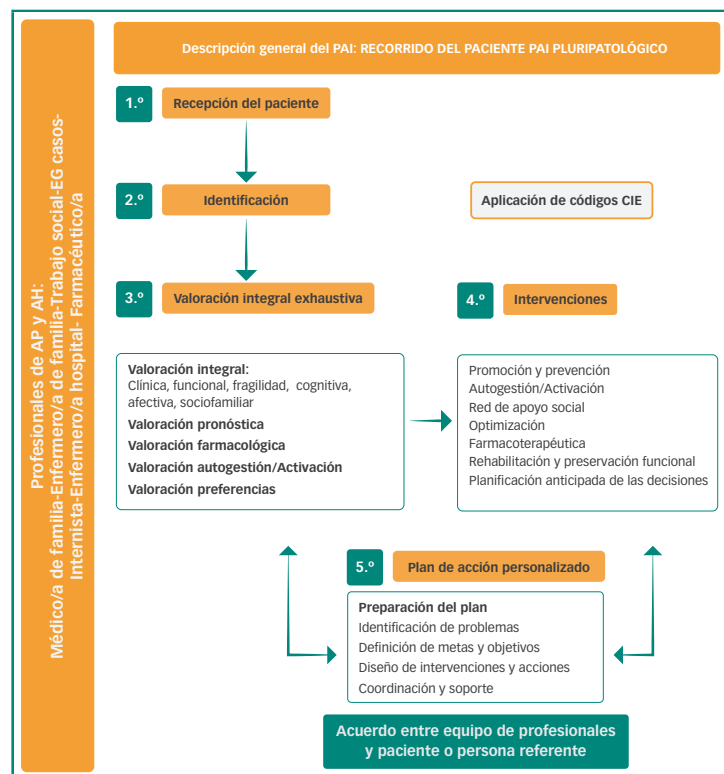


Figura 13.1. Recorrido del paciente PAI-pluripatológico. CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

Uno de los componentes fundamentales, si no el más importante, del PAI-APP es la integración de la atención prestada para garantizar la continuidad asistencial y que se debe considerar como un Modelo de Atención

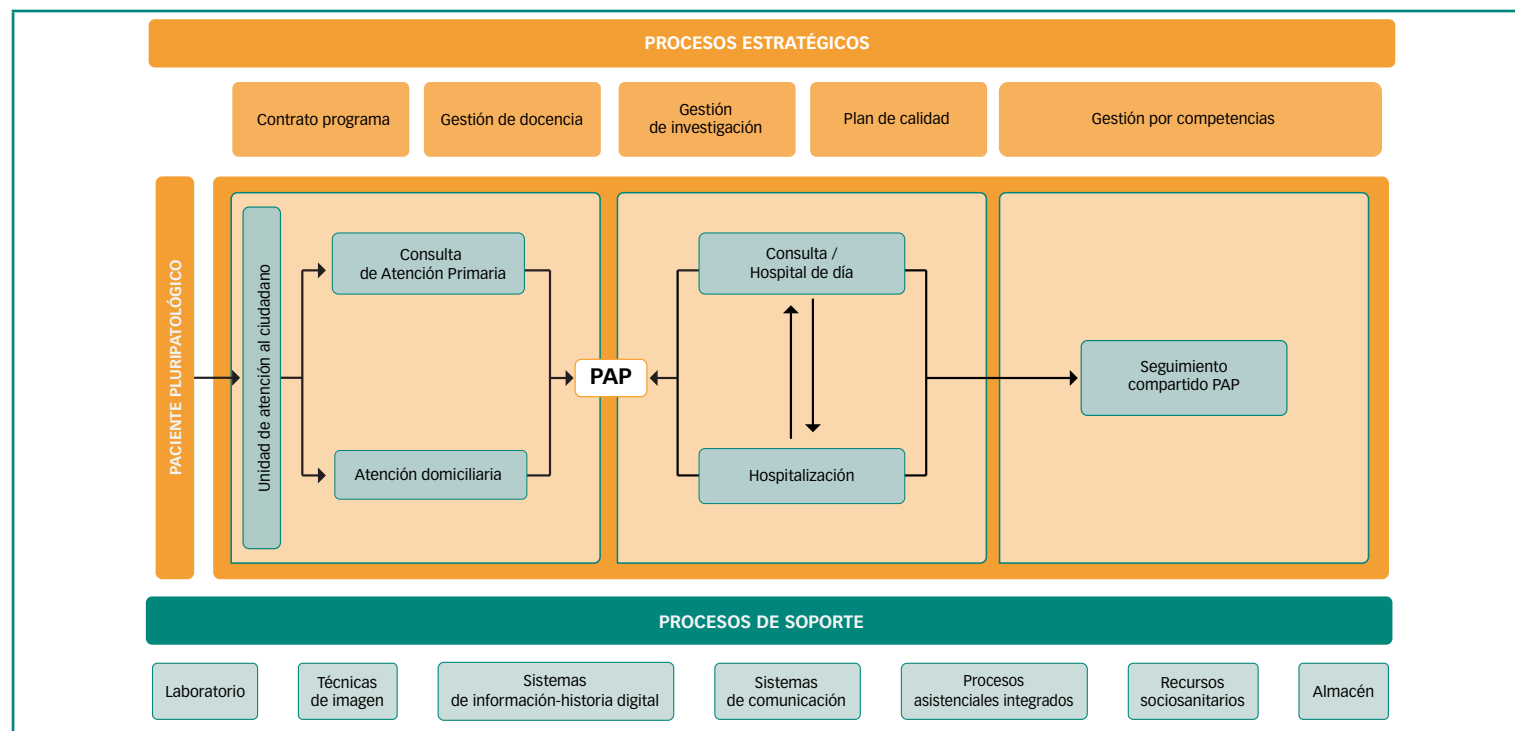


Figura 13.2. Representación del Proceso Asistencial Integrado.



Compartida Interdisciplinar que pretende unificar la asistencia en los niveles hospitalario, ambulatorio y al nivel de atención social en el subgrupo de pacientes pluripatológicos.

Existen algunos principios básicos que hay que tener en cuenta. En cuanto al paciente, hay que resaltar que tiene que formar parte del equipo que cuida de su salud, buscando un liderazgo compartido en las decisiones; además, el paciente debe ser el que garantice la continuidad asistencial entre niveles:

- Participará activamente para definir los objetivos y la toma de decisiones que afectan su salud.
- Tendrá una identificación nominal de los miembros de su Equipo Interdisciplinar.
- Tendrá definidos de manera precisa los circuitos de acceso.
- Posibilidad de realizar consultas telemáticas.
- Debe existir constancias expresa de cuál de los miembros del EIP es el referente. Inicialmente será siempre el médico de familia o enfermera de familia.

Entre las características del Equipo Interdisciplinar de Profesionales (EIP), cabe destacar que el equipo multidisciplinar deber estar constituido por los referentes en el ámbito hospitalario, ambulatorio y atención social. En todos los casos, debe estar formado por:

- Médico/a de familia.
- Enfermero/a de familia.
- Enfermero/a gestor/a de caso.
- Internista hospitalario de referencia.
- Enfermero/a hospitalario/a.
- Trabajador social del centro de Atención Primaria.

Según las circunstancias propias de cada paciente puede ser necesario incluir en el Equipo Multidisciplinar a otros especialistas (farmacéutico, fisioterapeutas, otras especialidades médicas o quirúrgicas, rehabilitación, etc.).

Recorda

- Uno de los componentes fundamentales, sino el más importante, del PAI-APP es la integración de la atención prestada para garantizar la continuidad asistencial y que se debe considerar como un Modelo de Atención Compartida Interdisciplinar que pretende unificar la asistencia en los niveles hospitalario, ambulatorio y al nivel de atención social en el subgrupo de pacientes pluripatológicos.
- Entre las características del Equipo Interdisciplinar de Profesionales (EIP), cabe destacar que el equipo multidisciplinar deber estar constituido por los referentes en el ámbito hospitalario, ambulatorio y atención social.
- Según las circunstancias propias de cada paciente puede ser necesario incluir en el Equipo Multidisciplinar a otros especialistas (farmacéutico, fisioterapeutas, otras especialidades médicas o quirúrgicas, rehabilitación, etc.).

Papel del médico/a de familia y enfermero/a de familia:

- Son los referentes principales en el proceso de atención a los pacientes pluripatológicos.
- Deberán disponer de agendas conjuntas para poder estudiar y analizar particularmente los casos de pacientes pluripatológicos.

- Dispondrán de espacio y tiempo para preparar junto al internista de referencia los casos y los pacientes susceptibles de incluirse en el programa.

Papel del internista de referencia y enfermero/a de hospital:

- Coordinarán en el hospital la participación de otros especialistas médicos.
- Podrán atender a los pacientes, tanto en la consulta como en el Hospital de Día/Unidad de Continuidad.
- Todos los pacientes dispondrán de un informe que refleje la condición de paciente pluripatológico y los criterios diagnósticos de la pluripatología.

13.3. El paciente hiperconsumidor de recursos

Estos pacientes acuden arbitrariamente a las consultas de Atención Primaria, 12 o más veces al año (como mínimo 10 visitas más que el resto de la población) y entre sus quejas más frecuentes se encuentran síntomas psicósomáticos, sobre todo dolor asociado a clínica ansioso-depresiva. Se estima que suponen un 10-15% de cada cupo médico, consumen el 50% de las consultas de Atención Primaria y a su atención se dedica el 60-65% del coste sanitario. También se sabe que de ese total de pacientes hiperfrecuentadores, solo un 20% mantendrá dicha conducta a los 3 años, correspondiendo este porcentaje residual a aquellos pacientes de mayor morbilidad biopsicosocial.

El paciente hiperfrecuentador suele considerarse un paciente difícil por el grado de malestar emocional que genera en su médico responsable. Los estudios en nuestro medio dibujan su perfil como pacientes mayores de 50 años, con enfermedades crónicas y disfunciones psíquicas. Recientemente se ha trabajado en una clasificación en dos tipos:

- **Tipo 1.** El paciente es responsable de generar el exceso de visitas y engloba tres perfiles: somatizadores, dependientes y faltos de recursos sociales.
- **Tipo 2.** El exceso de consultas es generado por la propia práctica clínica del equipo de Atención Primaria.

Son múltiples las estrategias estudiadas para el manejo de estos pacientes, con resultados diversos. Habrá casos en los que la mejor opción sea no hacer nada y otros en los que la estrategia más adecuada sea una gestión multiprofesional (médico, enfermera, trabajador social) asociada al uso de recursos comunitarios. Hay que recordar también que cualquier plan de actuación pasa por la aceptación negociada del paciente.

Recorda

- Estos pacientes acuden arbitrariamente a las consultas de Atención Primaria, 12 o más veces al año (como mínimo 10 visitas más que el resto de la población) y entre sus quejas más frecuentes se encuentran síntomas psicósomáticos, sobre todo dolor asociado a clínica ansioso-depresiva.
- Se estima que suponen un 10-15% de cada cupo médico, consumen el 50% de las consultas de Atención Primaria y a su atención se dedica el 60-65% del coste sanitario.



Existen propuestas de actuación adaptadas al tipo de paciente hiperfrecuentador, que detallamos a continuación:

- **Paciente hiperfrecuentador de perfil biológico.** Se tratará de buscar posibles causas de descompensación del trastorno de base (falta de adherencia al tratamiento, comorbilidades desconocidas, efectos secundarios al tratamiento, etc.), pidiendo las pruebas complementarias necesarias para el estudio. Además, se pactará la frecuencia de visitas, contando con la colaboración de Enfermería.
- **Paciente hiperfrecuentador de perfil psicológico.** Cribado de enfermedad mental, con los test psicosociales que procedan (EADG [Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg], AUDIT [*Alcohol Use Disorders Identification Test*], etc.). Pedir opinión al equipo de Salud Mental y usar recursos comunitarios si procede (grupos de autoayuda, Alcohólicos Anónimos, etc.). Buscar posibles factores de desestabilización de enfermedad mental ya conocida (estresores, faltas de adherencia/respuesta al tratamiento, consumos, etc.). Limitar las multiderivaciones y los tratamientos biológicos múltiples a los pacientes de perfil psicosomático.
- **Paciente hiperfrecuentador de perfil social.** Definir en consulta programada la necesidad social concreta, si es necesario con test específicos de diagnóstico social (DUKE sobre apoyo social; BRUGHA sobre eventos estresantes de la vida; KARASEK sobre insatisfacción profesio-

nal, etc.). Derivar al trabajador social o a recursos comunitarios específicos si existen.

- **Paciente hiperfrecuentador de perfil familiar.** Visita programada para definir el problema. Usar test familiares (genograma, Adaptación, Participación, Gradiente de recurso personal, Afecto, y Recursos (APGAR), círculos familiares). Entrevistarse con la familia u otros familiares. Valorar derivación a trabajador social, terapeuta familiar, recursos comunitarios (escuela de padres, por ejemplo).
- **Paciente hiperfrecuentador de perfil cultural.** Centrar la entrevista en el entendimiento de las condiciones culturales que condicionan la interacción. Intentar recodificar la demanda-queja del paciente en su adecuada dimensión. Valorar su derivación al trabajador social o a recursos comunitarios (grupos de ayuda a inmigrantes, a pacientes con sida, a familiares de pacientes psiquiátricos, etc.).
- **Paciente hiperfrecuentador de perfil administrativo/organizativo.** Dar suficientes recetas hasta próximo seguimiento clínico. Uso de receta electrónica. Pedir apoyo a la Unidad Administrativa.
- **Paciente hiperfrecuentador de perfil relacional.** Compartir información con el equipo de trabajo para reevaluar las bases de la relación médico-paciente y los factores del profesional y del paciente que contribuyen a la ineficiencia y mala calidad de la interacción.



14 Prevención y atención al maltrato

Orientación MIR

Tema muy importante y de actualidad, y, por tanto, potencialmente preguntable. Se debe conocer el concepto, tipos y manejo de los diferentes tipos de maltrato.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- **Violencia de género:** todo acto de violencia que resulte, o pueda tener como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada.
- **Maltrato infantil:** los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, el desarrollo o la dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.
- **Maltrato a las personas de edad avanzada:** la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona de edad avanzada.



14.1. Violencia de género

La definición sobre la violencia de género según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) es: “todo acto de violencia que resulte, o pueda tener como resultado, un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Un informe elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2013 refleja que un tercio de las mujeres en todo el mundo han sufrido violencia de género. Estamos, sin duda, ante un problema de salud pública de suma importancia, tanto en España como a nivel mundial, y de entre todos los sectores de la sociedad a los que se debe implicar en el mismo, los trabajadores de la sanidad desempeñan un papel de primer orden en la detección y proporción de las herramientas necesarias a todos los pacientes que se encuentren en esta situación.

El **ciclo o espiral de la violencia** es una teoría elaborada por la psicóloga estadounidense Leonor Walker, que describe la violencia de género como un proceso cambiante que se puede definir en tres fases y que son las siguientes:

- **Acumulación de tensión:** se caracteriza por violencia de tipo psicológico en relación con actividades cotidianas, en las que la violencia suele ser verbal. La víctima en esta fase encamina sus actos y actitudes a complacer a su agresor, con el objetivo de evitar la violencia y mantenerlo en calma.
- **Explosión o agresión:** estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales. Es en esta fase cuando la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- **Calma/reconciliación o luna de miel:** el agresor manifiesta arrepentimiento y perdón. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que se produzca la ruptura. Busca mantener en la mujer la creencia de que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se afianzan y ganan terreno, la fase de reconciliación tiende a disminuir en el tiempo y los episodios violentos son cada vez más continuos.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza, pero donde solo de forma ocasional aparece la agresión física.

Esta llamada “forma moderada de violencia” sería más difícil de detectar que las formas más severas de abuso.

A lo largo del proceso de la violencia la mujer sufre una pérdida progresiva de autoestima y pierde también las esperanzas de cambio de la situación, aumentando la sumisión y el miedo hacia el agresor. Para el hombre maltratador será la ratificación de que su estrategia funciona. Todo esto hace difícil que la mujer rompa la relación.

Por eso, cuando una mujer pide ayuda debe recibir en todas las ocasiones apoyos concretos para cambiar su situación, con respeto y aceptación de sus decisiones. Es importante que comprenda que la violencia continuará e irá en aumento, y que no podrá corregir la conducta de su agresor, para que sea consciente del peligro que corre.

Se han descrito diferentes tipos de violencia de género:

- **Violencia psicológica.** Se caracteriza por abuso verbal, el agresor ejerce un control sobre la víctima hasta provocar el aislamiento.
- **Violencia económica.** Estas acciones van encaminadas a que la persona dependa económicamente del agresor.
- **Violencia ambiental.** Atentar contra objetos, mascotas o personas queridas por ella.
- **Violencia sexual.** Obligar a mantener relaciones sexuales no consentidas o prácticas sexuales no deseadas.
- **Violencia física.** Propinando golpes, quemaduras, etc., y por último quitarle la vida.

Recordar

- El ciclo o espiral de la violencia describe la violencia de género como un proceso cambiante que se puede definir en tres fases: fase de acumulación de tensiones, fase de agresión, explosión o incidente agudo y fase de reconciliación, arrepentimiento o “luna de miel”.

Abordaje de la violencia de género en la consulta de Atención Primaria

Detección

La **Tabla 14.1** refleja indicadores que hacen sospechar violencia de género.

MUJERES SIN LESIONES APARENTES	Consultan frecuentemente por síntomas inespecíficos Manifiestan inestabilidad emocional, ansiedad o actitud triste Pueden tener antecedentes de consumo de alcohol o tranquilizantes Pueden presentar un aspecto físico poco cuidado, obesidad extrema, anorexia o bulimia Pueden padecer aislamiento social: no tienen relaciones sociales ni se relacionan con su propia familia Definen a sus parejas como coléricos, agresivos o celosos Su pareja solicita estar presente durante toda la visita
MUJERES CON LESIONES	Relatan hechos de forma incoherente, justifican las lesiones o le quitan importancia a las mismas Dejan un lapso demasiado largo entre el accidente y la consulta u ocultan el origen de las lesiones Tienen historia de múltiples antecedentes
POSIBLES HALLAZGOS EN LA EXPLORACIÓN FÍSICA	Huellas de golpes y/o hematomas en diferentes lugares del cuerpo y en distinto estadio de evolución Lesiones por defensa Sangrado anal y /o vaginal Contusiones en el monte de Venus, la vulva y las mamas

Tabla 14.1. Indicadores de sospecha de violencia de género.

Entrevista clínica

Para el abordaje de estas mujeres en la consulta se requiere de una entrevista clínica especializada, para la que también existen una serie de recomendaciones que los profesionales deben conocer, priorizando la creación de un clima de confianza y confidencialidad. Se debe llevar a cabo la entrevista con tiempo, sin interrupciones y sin emitir juicios de valor, haciéndole sentir a la paciente que es escuchada y que se la va a acompañar y a ayudar en la situación que está viviendo.



Entre las recomendaciones para la entrevista clínica a la mujer ante la sospecha de maltrato se encuentran las siguientes:

- Ver a la mujer sola, asegurando la confidencialidad. En el caso de que tenga hijos e hijas, velar por que no estén presentes en la entrevista.
- Observar las actitudes y el estado emocional (a través del lenguaje verbal y no verbal).
- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Mantener una actitud empática, que facilite la comunicación, con una escucha activa.
- Seguir una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas y directas.
- Abordar directamente el tema de la violencia.
- Expresar claramente que nunca está justificada la violencia en las relaciones humanas.
- Hacer sentir a la mujer que no es culpable de la violencia que sufre.
- Creer el relato de la mujer, sin poner en duda la interpretación de los hechos, sin emitir juicios, intentando quitar miedo a la revelación del abuso.
- Ayudarla a pensar, a ordenar sus ideas y a tomar decisiones.
- Alertar a la mujer de los riesgos y aceptar su elección.
- No dar la impresión de que todo se va a arreglar fácilmente.
- No dar falsas esperanzas.
- No criticar la actitud o ausencia de respuesta de la mujer con frases como: "¿por qué sigue con él?", "si usted quisiera acabar, se iría", etc.
- No infravalorar la sensación de peligro expresada por la mujer.
- No recomendar terapia de pareja ni mediación familiar.
- No prescribir fármacos que disminuyan la capacidad de reacción de la mujer Y, cuando sean necesarios, hacerlo con un estricto control médico.
- No adoptar una actitud paternalista.
- No imponer criterios o decisiones.

Intervención y derivación

Una vez realizada la entrevista específica, hay que valorar el tipo de violencia y el riesgo vital y comenzar la intervención (**Figura 14.1**).

- **Si la mujer NO reconoce los malos tratos:** si la paciente no reconoce los malos tratos y se ha constatado que no hay riesgo vital, se debe crear un clima de confianza y programar revisiones para acompañarla en el proceso de reconocer la violencia y apoyarla en la toma de decisiones, con la debida adecuación a la fase del cambio en la que se encuentre. Se procurará que la paciente tome conciencia de la situación que está viviendo y del impacto que está teniendo en su salud. En caso de que la sospecha de los malos tratos sea consistente y se constate que hay riesgo, se debe actuar de igual forma con la paciente y comunicar la situación al Ministerio Fiscal para que inicie una investigación.
- **Si la mujer SÍ reconoce los malos tratos:** si la paciente reconoce los malos tratos, además de cumplimentar el correspondiente parte de lesiones si procede, se debe proporcionar una atención integral a todos los problemas físicos, psicológicos y sociales encontrados en la entrevista. Para ello existen disponibles diferentes recursos para derivar a la paciente, como es a Trabajo Social o a Psicología. En caso de no detectar riesgo vital, se establecerá un plan de consultas de seguimiento encaminado a favorecer la toma de decisiones para cambiar la situación, prevenir nuevas situaciones de violencia y elaborar un plan de seguridad ante una posible situación extrema y, siempre que sea posible, ofertar la participación en intervenciones grupales. Ante una situación de malos tratos reconocidos por la mujer pero que se niega a denunciar, el deber del médico es poner en conocimiento de la Fiscalía los hechos. En caso de existir riesgo vital para la mujer, se debe poner en su conocimiento la valoración de la situación de peligro en la que se encuentra y ofrecerle estrategias a seguir, y derivar con carácter urgente a Trabajo Social o a los servicios de apoyo 24 horas de los que dispone cada comunidad autónoma. **En caso de existir una agresión sexual**, el personal sanitario de Atención Primaria o de otro dispositivo sanitario no hospitalario que atienda una agresión sexual y salvo en supuestos de gravedad y riesgo vital que obliguen a tratamiento médico inmediato, remitirá a la víctima lo más rápidamente posible y en ambulancia al hospital más cercano, sin que medien lavados ni cambios de ropa. En caso de felación se le recomendará en la medida de lo posible no ingerir nada hasta ser valorada en el hospital. Es recomendable que

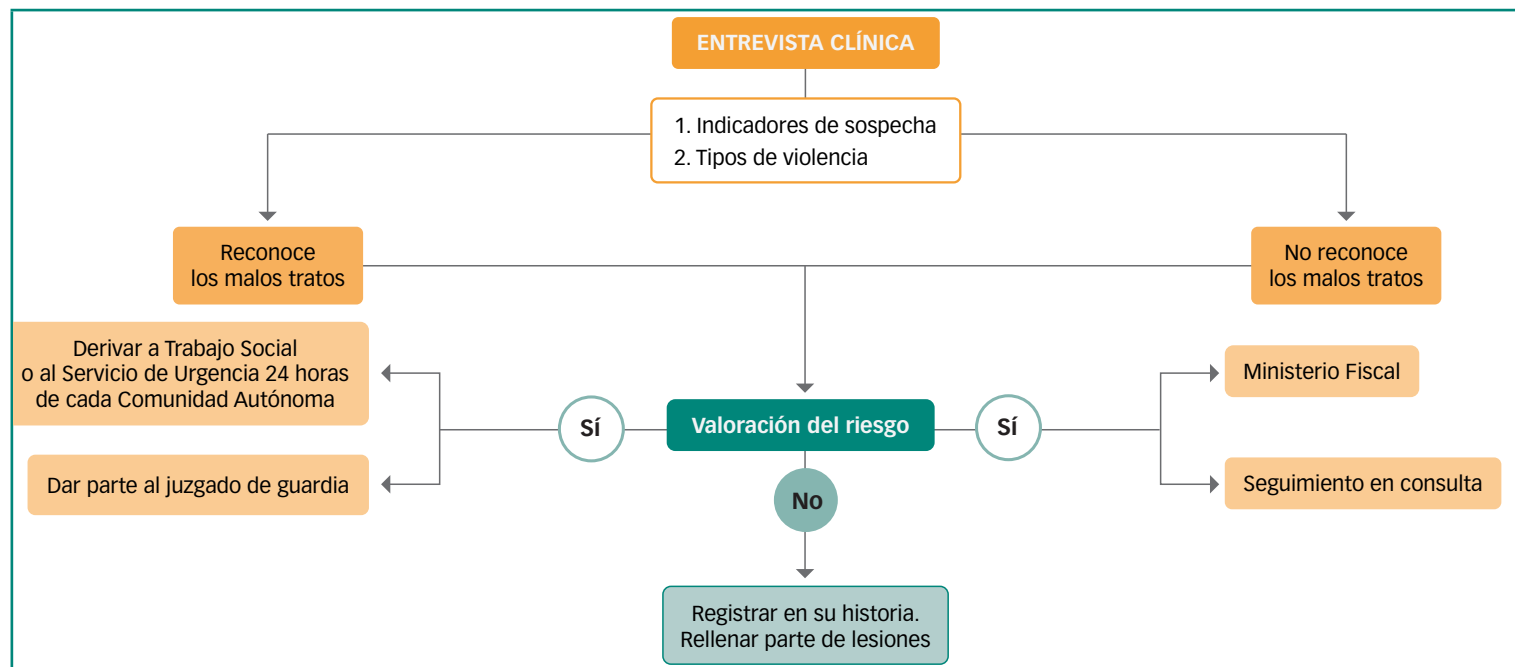


Figura 14.1. Actuación ante una caso de violencia de género en Atención Primaria.



los reconocimientos en casos de agresiones sexuales se realicen de manera simultánea y coordinada con el médico forense, y por ello es necesario comunicar cuanto antes la situación al juzgado de guardia, que acordará la asistencia del médico forense o encomendará al médico de guardia la recogida de muestras de interés legal.

En lo que respecta al abordaje del maltratador, el médico de familia debe proporcionarle los mismos cuidados que a otro paciente de su cupo. Por otro lado, tanto si es el hombre que ejerce la violencia como si es la mujer que sufre el maltrato quien pide ayuda a los profesionales sanitarios para cambiar su conducta violenta, se proporcionará la información sobre los recursos disponibles en la comunidad.

Registro y notificación

Toda la actividad médica debe quedar registrada en la historia clínica, ya que en muchas ocasiones es la única prueba con la que cuentan las víctimas cuando deciden denunciar. Ante estas situaciones se deberá rellenar un **parte de lesiones**. Este es un documento medicolegal de carácter oficial, y de ahí la importancia de su cumplimentación por el profesional sanitario que atendió a la víctima, puesto que muchas veces es la única prueba con la que cuenta la mujer en un juicio. Se debe leer a la víctima en alto lo que se ha escrito en el parte y darle una copia, así como comunicarle cuáles son las consecuencias y los hechos que se derivan de cumplimentarlo.

14.2. Maltrato infantil

Según la OMS, el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de la que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, el desarrollo o la dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Según datos ofrecidos por la OMS, estudios internacionales revelan que una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños, y 1 de cada 5 mujeres y 1 de cada 13 hombres declaran haber sufrido abusos sexuales en la infancia.

Se distinguen **cinco tipos de maltrato infantil**: abusos físicos, abusos sexuales, abusos emocionales y psicológicos, abuso laboral, desatención: salud, educación, desarrollo emocional, nutrición, hogar y condiciones de vida seguras.

Recuerda

- Según la OMS, el maltrato infantil se define como los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, el desarrollo o la dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder.

Se han descrito diferentes factores de riesgo:

- Factores del niño:** edad < 4 años y adolescencia, el hecho de no ser deseados o de no cumplir las expectativas de los padres, el hecho de tener necesidades especiales, llorar mucho o tener rasgos físicos anómalos.
- Factores de los padres o cuidadores:** las dificultades para establecer vínculos afectivos con el recién nacido, el hecho de no cuidar al niño, los antecedentes personales de maltrato infantil, la falta de conocimientos o las expectativas no realistas sobre el desarrollo infantil, el consumo indebido de alcohol o drogas, en especial durante la gestación, la participación en actividades delictivas, las dificultades económicas.
- Factores sociales y comunitarios:** las desigualdades sociales y de género, la falta de vivienda adecuada o de servicios de apoyo a las familias y las instituciones, los niveles elevados de desempleo o pobreza, la disponibilidad fácil de alcohol y drogas, las políticas y los programas insuficientes de prevención del maltrato, la pornografía, la prostitución y el trabajo infantiles, las normas sociales y culturales que debilitan el estatus del niño en las relaciones con sus padres o que fomentan la violencia hacia los demás.

Se han descrito numerosos indicadores de sospecha de maltrato infantil:

- Retrasos en la búsqueda de asistencia sanitaria.
- Historia inaceptable, discordante o contradictoria.
- Hematomas en distintas fases evolutivas y otras lesiones asociadas.
- Quemaduras en forma de objetos claramente definidos, quemaduras en las manos, los pies o las nalgas, etc.
- Asistencia rotatoria por distintos centros sanitarios.
- Signos de higiene deficiente, malnutrición, localización de lesiones en zonas no prominentes.
- Déficit psicomotor, trastornos del comportamiento. Retraso estaturponderal.

Los profesionales sanitarios que tengan sospecha o evidencia de un caso de maltrato infantil deben cumplimentar la hoja de notificación y, junto con el trabajador social, enviarla a los servicios sociales correspondientes. Sin perjuicio de ello, el facultativo remitirá también el preceptivo parte de lesiones o informe médico al juzgado de guardia o a la Fiscalía.

En caso de considerar que existe peligro para la integridad del menor, se deberá mantener su ingreso en el centro sanitario a la espera de que, por parte de los servicios sociales o del cuerpo policial correspondiente, sea trasladado a un centro de protección de menores tras informar de la situación al Ministerio Fiscal, al juzgado de guardia y al servicio de protección de menores de la comunidad autónoma correspondiente (**Figura 14.2**).

14.3. Maltrato al anciano

La definición propuesta por la OMS para este término es la siguiente: "el maltrato de personas mayores se define como la acción única o repetida, o la falta de la respuesta apropiada, que ocurre dentro de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza y la cual produzca daño o angustia a una persona anciana".

Se distinguen varios tipos de maltrato: físicos, psicológicos, sexuales, financieros, negligencia y abandono, obstinación diagnóstica y obstinación terapéutica.

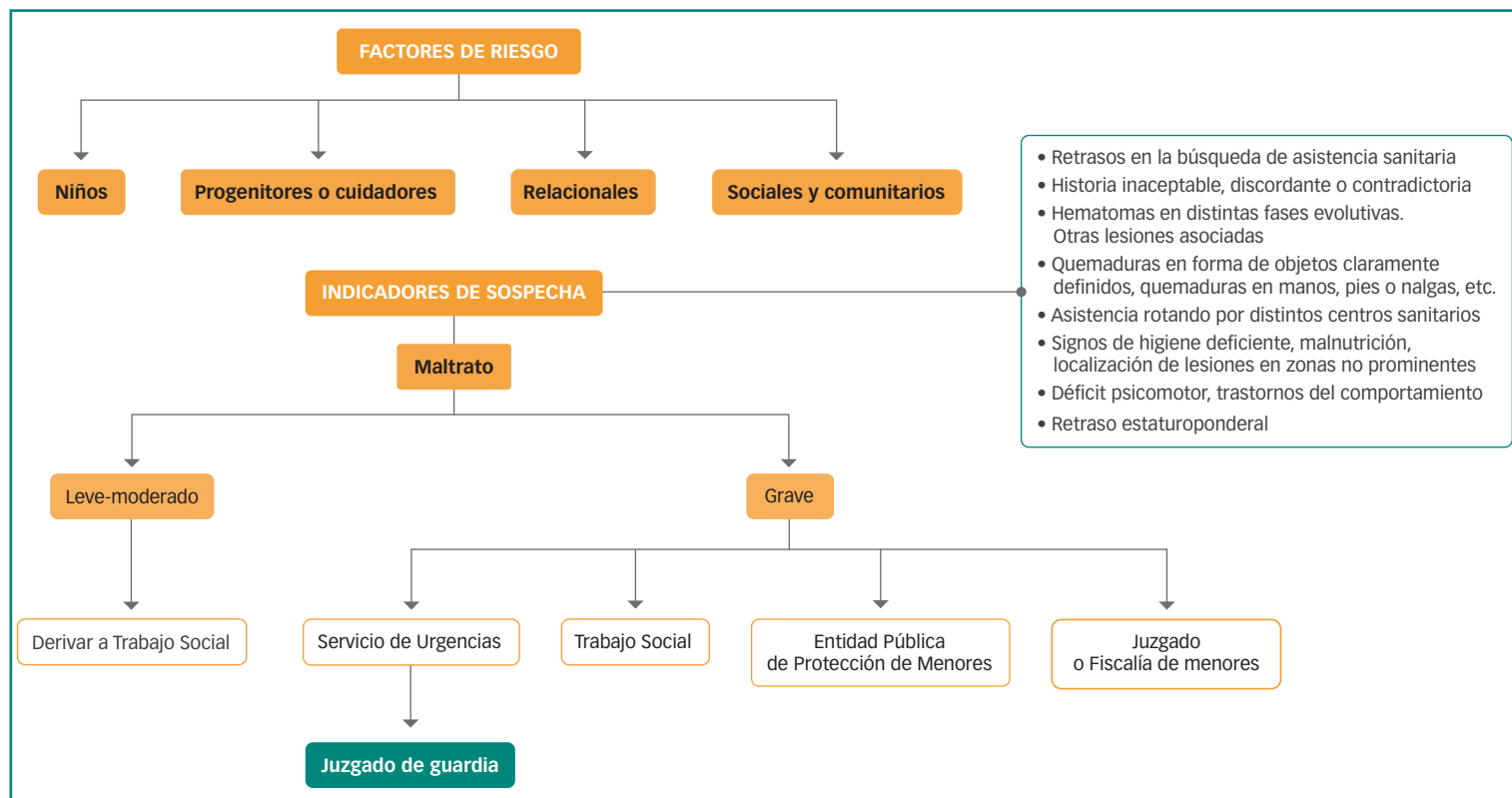


Figura 14.1. Algoritmo de manejo del maltrato infantil.

Los más frecuentes son:

- **Maltrato físico.** Corresponde a cualquier forma de agresión física: golpes, quemaduras, fracturas, administración abusiva de fármacos o tóxicos.
- **Maltrato psicológico.** Relacionado con conductas que producen daño psicológico, como manipulación, intimidación, amenazas, humillaciones, chantaje afectivo, desprecio o privación del poder de decisión.
- **Negligencia física.** No satisfacer las necesidades básicas a través de negación de alimentos, cuidados higiénicos, vivienda, seguridad y tratamientos médicos.
- **Maltrato emocional o abandono.**

Incluye lo siguiente:

- **Negación de afecto, aislamiento e incomunicación.**
- **Abuso económico:** impedir el uso y control de su dinero, explotación financiera y chantaje económico.
- **Abuso sexual:** se corresponde con cualquier tipo de actividad sexual no consentida, o cuando la persona no es capaz de dar su consentimiento.

Se han descrito factores de riesgo de la víctima y del agresor:

- **Perfil de la víctima:** mujer, > 75 años, dependiente para las actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo, bajos ingresos, problemas de comportamiento, enfermedad psiquiátrica.
- **Perfil del agresor:** familiar de la víctima, cuidador principal, con escasa preparación para el cuidado y que no comprende la enfermedad, dependencia económica de la víctima, consumidor de fármacos, alcohol o drogas.

Recuerda

- Los perfiles de riesgo de maltrato según **la víctima**: mujer, > 75 años, dependiente para las actividades de la vida diaria, deterioro cognitivo, bajos ingresos, problemas de comportamiento, enfermedad psiquiátrica; y **el agresor**: familiar de la víctima, cuidador principal, con escasa preparación para el cuidado y que no comprende la enfermedad, dependencia económica de la víctima, consumidor de fármacos, alcohol o drogas.

Los profesionales sanitarios deben ser conscientes de los diferentes indicadores de sospecha de malos tratos en las personas mayores para estar alerta y poder detectar los casos de maltrato. En la mayoría de las ocasiones, los malos tratos ocurren en el ámbito del domicilio, aunque también pueden suceder en el ámbito institucional (hospitales, centros sociosanitarios o residencias). Con respecto a este último, es importante recordar que el maltrato institucional puede producirse por dos mecanismos: consciente (abuso) o inconsciente (trato inadecuado).

La mejor forma que tienen los profesionales sanitarios para detectar malos tratos es la **valoración geriátrica integral**. Esta valoración sistemática y el registro en la historia clínica minimizan que los indicadores de malos tratos queden ocultos. Se debe realizar una valoración tanto a la persona de edad avanzada como a su cuidador principal con el fin de proporcionar a cada uno la información y los recursos para prevenir situaciones de maltrato y, en el caso de que ya se hayan producido, poder derivar y ofrecer los recursos necesarios.



15 Síndrome de *burnout*

Orientación MIR

En este tema trataremos uno de los daños psicosociales más importantes de la sociedad actual: el *burnout*. Deberás hacer una lectura comprensiva sobre su diagnóstico, prevención y tratamiento.

Preguntas MIR

► No hay preguntas MIR representativas de este tema.

Conceptos clave

- ⦿ Prevención: las medidas de prevención deberán ser valoradas a tres niveles: organizativo, interpersonal e individual.
- ⦿ Tratamiento: hasta la fecha, la evidencia no apoya ninguna técnica sencilla para tratar el síndrome de *burnout* ya establecido.

Habitualmente se implementarán modelos de intervención de varios componentes integrados. En general, cualquier tipo de técnica validada para el tratamiento del estrés es una técnica válida de intervención.



15.1. Definición

Hoy en día se reconoce al *burnout* (o desgaste profesional) como uno de los daños psicosociales más importantes a los que el trabajador sanitario se enfrenta en su práctica diaria. Aunque aún no existe una definición unánimemente admitida, sí parece que la más aceptada por los investigadores es la de estas autoras, que lo conceptualizan como “el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación, y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso” (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

El cuadro se desarrolla con más frecuencia en aquellas profesiones cuyo objeto de trabajo son las personas, que exigen mayores niveles de entrega e implicación, y en personalidades tendentes al perfeccionismo, con altos grados de exigencia y con gran tendencia a implicarse en el trabajo (Figura 15.1).

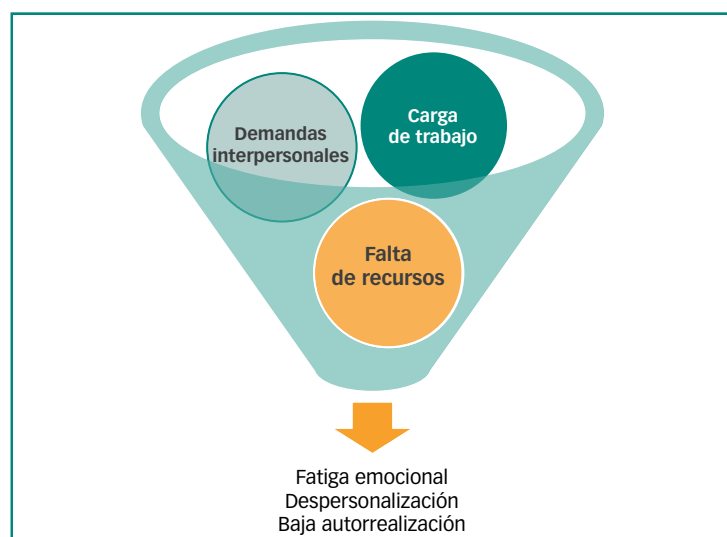


Figura 15.1. Factores relacionados con el *burnout*.

15.2. Cuadro clínico

En cuanto a las manifestaciones clínicas del síndrome, se puede hablar de una repercusión tridimensional, ya que afectará al trabajador:

- En el ámbito personal (agotamiento emocional).
- En el ámbito social (cinismo, despersonalización).
- En el ámbito laboral (ineficacia profesional).

Se puede clasificar la clínica del síndrome de *burnout* en cuatro áreas sintomatológicas:

1. **Síntomas psicosomáticos:** cefalea, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, raquialgias, alteraciones del sueño, hipertensión, y en mujeres, amenorrea, etc.
2. **Síntomas conductuales:** absentismo laboral, conductas violentas, abuso de sustancias, incapacidad para la relajación, superficialidad en las relaciones sociales, etc.
3. **Manifestaciones afectivas:** distanciamiento afectivo, impaciencia, síntomas depresivos, irritabilidad, dificultad para concentrarse, que lleva a un descenso en el rendimiento laboral, baja autoestima, en frecuente relación con dudas sobre la propia competencia profesional, etc.
4. **Síntomas defensivos:** negación emocional, ironía, atención parcial o selectiva, etc.

Recuerda

- Se puede clasificar la clínica del síndrome de *burnout* en cuatro áreas sintomatológicas: psicosomáticos, conductuales, afectivas y síntomas defensivos.

15.3. Tratamiento

Hasta la fecha, la evidencia no apoya ninguna técnica sencilla para tratar el síndrome de *burnout* ya establecido. Habitualmente se implementarán modelos de intervención de varios componentes integrados. En general, cualquier tipo de técnica validada para el tratamiento del estrés es una técnica válida de intervención.

Se ha identificado el **apoyo social** como la variable moderadora más importante del desgaste profesional. De hecho, en muchas ocasiones, es el entorno del trabajador el primero en percibir la existencia de síntomas, y facilita la detección precoz del cuadro y evita su avance hacia formas más graves.

En cuanto a estrategias de terapia individual, son muchas las que se han estudiado como beneficiosas para la prevención/tratamiento del cuadro. Entre otras, destacan, por su mayor nivel de evidencia: entrenamiento en relajación; técnicas cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva o las técnicas de afrontamiento o inoculación de estrés; terapias contextuales, como la terapia de aceptación y compromiso (ACT); *mindfulness* o conciencia plena; entrenamiento en resiliencia; entre otras.

15.4. Prevención

Las medidas de prevención deberán ser valoradas a tres niveles: **organizativo, interpersonal e individual**.

1. **Organizativo:** implementar adecuadamente la evaluación de riesgos laborales del puesto de trabajo, con la identificación y la corrección factores que ya hayan sido asociados con mayor riesgo de *burnout*; promover el trabajo en equipo; establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad; adecuar/regular las demandas en cuanto a la carga de trabajo; favorecer planes de promoción transparentes y conocidos por los trabajadores; facilitar a los trabajadores los recursos adecuados para conseguir sus objetivos de trabajo; aumentar el grado de autonomía en el trabajo; en la organización, fomentar la colaboración y no la competitividad; puesta en marcha de programas de formación continuada y aprendizaje.
2. **Interpersonal:** fortalecer los vínculos sociales entre los trabajadores; formar a los gestores para implementar estilos directivos adecuados; establecer mecanismos participativos; entrenar a los trabajadores en habilidades sociales; crear grupos de apoyo sobre las relaciones en el trabajo.
3. **Individual:** adecuada orientación profesional al principio del trabajo; entrenamiento en manejo del estrés y ansiedad en situaciones inevitables en la relación con el usuario; formar en la identificación, discriminación y resolución de problemas; aumentar los recursos individuales en habilidades de comunicación y negociación; trabajar el *feedback* y reconocer adecuadamente las tareas finalizadas; adiestrar en técnicas de autorregulación o control: gestión del tiempo, delegación, entrenamiento en habilidades sociales, asertividad; adiestrar en técnicas de relajación para mejorar la capacidad de afrontamiento del trabajador.



Bibliografía

- ⊙ Manual CTO. Oposiciones de Medicina de Atención Primaria. Volumen I. CTO EDITORIAL, S.L., 2019. ISBN: 978-84-17861-05-6.
- ⊙ Manual CTO. Oposiciones de Medicina de Atención Primaria. Volumen II. CTO EDITORIAL, S.L., 2019. ISBN: 978-84-17861-05-6.
- ⊙ Manual CTO. Oposiciones de Medicina de Atención Primaria. Volumen III. CTO EDITORIAL, S.L., 2019. ISBN: 978-84-17861-05-6.
- ⊙ Manual CTO. Oposiciones de Medicina de Atención Primaria. Volumen IV. CTO EDITORIAL, S.L., 2019. ISBN: 978-84-17861-05-6.

En la realización de este manual han intervenido:

Coordinación del proyecto multidisciplinar:

Sandra León Paraíso, Fernando de Teresa Galván y Fernando de Teresa Mansilla

Coordinación editorial:

Sonia Clavería Irazo

Edición:

Marta García Cortizas y Belén Martín Armand

Corrección:

Mercedes Sacristán Soletto y Equipo CTO

Ilustración de cubierta:

Txema Martínez Ávila

Ilustración de interior:

Marina Heredia Marcos

Diseño de interiores:

Txema Martínez Ávila y Victoria Rivas Guerra

Algoritmos y otros gráficos:

Óscar Díaz González y Victoria Rivas Guerra

Maquetación:

Óscar Díaz González

Impresión:

Cañizares Artes Gráficas

Material digital:

Adaptación digital:

Óscar Díaz González, Adrián Gutiérrez Álvarez, Juan Carlos Quintero de Teresa y José Antonio Serrano Sánchez

Equipo multimedia:

Cecilia León Paraíso, María López Romero, Daniel Paraíso Frías, Beatriz Parrondo Jiménez y Miriam Rodríguez Paredes

Agradecimientos:

Asier Albarrán Rodríguez, Alba Bernad Sanz, Roxana Cerdá Cosme, Magdalena Espigares Rodríguez, Sergio Mata Redondo, Laura Miño Cifuentes, Laura Ponce Pastor, Vanessa Spranger Hierro y Audrey Carolina Vargas Velasco

